

A Cidadania e o Serviço Nacional de Saúde

Liliana Sofia Mesquita dos Santos Lima de Almeida

Dissertação em Ciência Política e Relações Internacionais

Setembro, 2012

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais, realizada
sob a orientação científica da Professora Doutora Cristina Montalvão Sarmento

*“Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco;
à medida que vamos adquirindo conhecimentos,
instala-se a dúvida.” (Johann Goethe)*

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas que ao longo de três anos (mais um do que tinha inicialmente planeado) me encorajaram e me auxiliaram neste percurso, muitas vezes árduo, em que tentei conjugar as aulas, os trabalhos e a investigação com a vida profissional e pessoal.

Não posso, por isso, deixar de expressar um eterno e sentido agradecimento ao Baltazar, meu marido, amigo e companheiro de viagens por todo o apoio que me deu ao longo destes últimos três anos, desde o momento da minha candidatura, até à conclusão deste ciclo.

À minha filha, Beatriz, a razão do meu ser, que tinha apenas um ano e meio quando agarrei este desafio e que ainda hoje, com quatro anos, não consegue compreender a minha ausência. Um dia... entenderá.

Aos dois, por quem e para quem vivo, são ténues as palavras de agradecimento que posso exprimir.

Um eterno agradecimento também aos meus pais e ao meu irmão que desde cedo se disponibilizaram para me dar a mão e que inclusive ficaram algumas temporadas com a Beatriz à distância de 300 quilómetros para que eu pudesse centrar toda a minha atenção nesta dissertação.

À minha amiga Ana Caneiras agradeço não só pelo companheirismo, mas também pela disponibilidade para a consulta de obras e publicações de difícil acesso. Aos meus colegas de mestrado, em especial à Patrícia Oliveira e à Joana Antunes, obrigada pela motivação dada. Aos meus professores, em particular à Professora Doutora Cristina Montalvão Sarmiento, o meu mais profundo agradecimento por toda a paciência, companheirismo e ajuda dada na prossecução e conclusão deste meu desafio.

Não teria conseguido finalizar este caminho se não fosse, afinal, a presença, preocupação e motivação permanentes de todos aqueles que me rodeiam.

A CIDADANIA E O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

LILIANA DE ALMEIDA

RESUMO

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de Saúde, Reformas de Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Cidadania em Saúde.

Esta dissertação, realizada em Ciência Política e, particularmente, no âmbito o estudo das Políticas Públicas, caracteriza os conceitos de Cidadania, desde as suas origens até à sua conceptualização em Saúde.

É analisado o percurso histórico e político da Saúde em Portugal, em que se aborda o Estado Providência e a sua expansão, a criação e o modelo do Serviço Nacional de Saúde português e a sua evolução.

Exploram-se as reformas da Saúde em Portugal, particularmente no que respeita ao período entre 2002 de 2012, no qual são avaliados os objetivos estratégicos para a Saúde inscritos nos diferentes Programas Constitucionais, bem como as medidas entretanto implementadas.

Neste período, é ainda analisada a interligação dos objetivos para a Saúde no que respeita à Cidadania em Saúde, com especial destaque para o papel que o Cidadão assume na estratégica governamental no que respeita ao setor da Saúde.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I DA CIDADANIA À SAÚDE	4
I.1 PERCURSOS HISTÓRICOS DA CIDADANIA.....	4
I.1.1 A CIDADANIA COMO PRIVILÉGIO	4
I.1.2 A CIDADANIA COMO ORDEM E PERTENÇA	7
I.1.2.1 A CIDADANIA E A HARMONIA CIVIL.....	7
I.1.2.2 A CIDADANIA ATIVA.....	8
I.1.2.3 A CIDADANIA (DES)IGUAL.....	10
I.1.3 EM ROMA... SÊ ROMANO	12
I.1.4 A CIDADANIA EM TRANSFORMAÇÃO.....	15
I.1.5 A CIDADANIA E A MONARQUIA ABSOLUTA	19
I.1.6 A CIDADANIA NA ERA DAS REVOLUÇÕES.....	20
I.1.7 DA CIDADANIA POLÍTICA AOS DIREITOS SOCIAIS.....	23
I.1.7.1 A CAMINHO DA CIDADANIA POLÍTICA.....	23
I.1.7.2 A AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA POLÍTICA	28
I.1.8 DA CIDADANIA SOCIAL À ASSISTÊNCIA	30
I.1.8.1 A CIDADANIA FORMAL E SUBSTANTIVA.....	30
I.1.8.2 CIDADANIA E IDENTIDADE.....	36
I.1.8.3 A CIDADANIA ASSISTENCIAL	38
I.1.9 A CIDADANIA E A SAÚDE	42
CAPITULO II DO ESTADO PROVIDÊNCIA AO DIREITO À SAÚDE	46
II.1 O ESTADO PROVIDÊNCIA: PERCURSO HISTÓRICO	46
II.1.1 DO PODER À AUTOLEGITIMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	46
II.1.2 O NASCIMENTO DA IGUALDADE SOCIAL.....	47

II.1.2.1 O NASCIMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL	47
II.1.2.2 DA PROTEÇÃO SOCIAL AO DIREITO À SAÚDE	49
II.1.3 DO ESTADO SOCIAL AO BEM-ESTAR DO CIDADÃO	51
II.2 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE.....	53
II.2.1 DA DOENÇA AO SEGURO SOCIAL	54
II.2.2 DAS BASES AO MODELO UNIVERSAL DE SAÚDE	56
II.2.3 DE INGLATERRA PARA PORTUGAL: INFLUÊNCIAS	57
II.2.3.1 O FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	57
II.2.4 OS DESAFIOS DA EVOLUÇÃO	58
II.2.5 DA GRATUIDADE AO ACESSO TENDENCIONALMENTE GRATUITO .	59
II.2.6 DE UM ESTADO PRESTADOR PARA CONTRATUALIZADOR.....	60
CAPITULO III O CIDADÃO NO CENTRO DA MUDANÇA	62
III.1 REFORMAR PARA MELHORAR	62
III.1.1 ENTRE A CIDADANIA SOCIAL EM SAÚDE E A SUSTENTABILIDADE....	64
III.1.2 OS PRIMEIROS PASSOS DA REFORMA ESTRUTURAL.....	65
III.1.2.1 <i>NEW PUBLIC MANAGEMENT</i>	67
III.1.2.2 A VISÃO DO AUMENTO DA EFICÁCIA E EFICIÊNCIA.....	69
III.1.2.3 ENTRE A REGULAÇÃO POLÍTICA E AUTORREGULAÇÃO SOCIAL	72
III.1.2.4 A REGULAÇÃO COMO GARANTE DA CONCORRÊNCIA	74
III.1.3 O CIDADÃO NO CENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE	79
III.1.4 A (RE)ORGANIZAÇÃO DA CIDADANIA NO SNS	85
III.1.5 DA CIDADANIA EM SAÚDE À SUSTENTABILIDADE	87
III.1.5.1 OS EFEITOS DA <i>TROIKA</i> NA CIDADANIA EM SAÚDE	89
CONCLUSÃO.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	–	Alto Comissariado da Saúde
ACES	–	Agrupamentos de Centros de Saúde
BCE	–	Banco Central Europeu
DGS	–	Direção-Geral da Saúde
EPE	–	Entidade Pública Empresarial
ERS	–	Entidade Reguladora da Saúde
FMI	–	Fundo Monetário Internacional
FNAM	–	Federação Nacional dos Médicos
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
ME	–	Memorando de Entendimento
NPM	–	<i>New Public Management</i>
OCDE	–	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OF	–	Ordem dos Farmacêuticos
OM	–	Ordem dos Médicos
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPSS	–	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS	–	Plano Nacional de Saúde
PPP	–	Parcerias Público-Privadas
RNCCI	–	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SA	–	Sociedade Anónima
SPA	–	Setor Público Administrativo
UE	–	União Europeia
USF	–	Unidades de Saúde Familiar
WHO	–	World Health Organization

INTRODUÇÃO

Esta dissertação em Ciência Política explora o conceito de Cidadania integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e avalia se a aplicação das sucessivas medidas reformadoras em Saúde tem tido, ou não, uma preocupação no que se refere ao desenvolvimento da Cidadania em Saúde.

Analisa-se se as constantes reformas aplicadas no sector da Saúde refletem uma mudança de paradigma ideológico e político em relação às funções que devem ser exercidas pelo Estado na formação do Cidadão enquanto cliente a quem lhe são atribuídos direitos e exigidos deveres, capacitando-o e responsabilizando-o enquanto utente do SNS, ou se, pelo contrário, a tendência das reformas aplicadas se centraliza no apenas no funcionamento do sistema, em que o Estado é o provedor dos serviços.

A avaliação efetuada inicia-se com a evolução histórica da Cidadania, desde Esparta até aos nossos dias, com uma análise centrada nas questões sociais e política, naquilo que são os direitos e deveres da Cidadania, com especial incidência na análise que T. H. Marshall fez. Assim, será abordada a teoria marshalliana, centrada nos direitos da Cidadania, de acordo com a tradição liberal num comentário dedicado ao estudo da Cidadania política.

O interesse em explorar o conceito de Cidadania provém das tentativas de rever o processo de extensão de direitos dos Cidadãos, desafiando a teoria excessivamente historicista e linear de Marshall, bem como, desde outra ótica, as formas e significados do estabelecimento destes direitos.

A história do género ocupou-se dos fundamentos da exclusão das mulheres da Cidadania política e das lutas femininas contra esta exclusão. Os estudos dedicados a esta questão revelam-se necessários para uma boa compreensão da história da Cidadania política, mas não serão aprofundados neste trabalho no qual se procura analisar a Cidadania social e, em particular, em Saúde.

Como esta dissertação incide sobre o estudo da Cidadania em Saúde, é ainda necessário abordar a criação do Estado Providência em Portugal, bem como a sua evolução histórica. Neste âmbito, nesta dissertação são analisados os passos dados para o desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

Analisa-se o modelo de Saúde português e a própria evolução do SNS, com especial destaque para a criação da Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS.

Destaque para a análise dos objetivos estratégico para a Saúde (apresentados nos Programas dos XV, XVI, XVII, XVIII e XIX Governos Constitucionais) e das medidas implementadas desde 2002 – aquando do início da Reforma Estrutural da Saúde – até 2012 – num contexto marcado pela recessão económica em que a sustentabilidade do SNS assume particular importância.

Esta dissertação é relevante para a comunidade científica dado que o aprofundamento deste tema – A Cidadania em Saúde no contexto do SNS – reside no interesse de perceber qual a evolução da forma como o Estado se relaciona com o conceito de Cidadania.

Esta reflexão é tanto mais importante quando se visa a satisfação das necessidades e os direitos/deveres da população, bem como a necessidade do Estado atual cumprir determinados objetivos orçamentais já que as despesas com a Saúde representam uma parte significativa da despesa pública. Mais ainda quando se esperam progressos nos resultados em Saúde através de um maior envolvimento do Cidadão com a sua Saúde, no que respeita ao seu saber, conhecimento e autonomia.

Para estabelecer o estado da questão são analisados relatórios de organizações internacionais e nacionais sobre a emergência de novas formas de envolvimento da população na sua Saúde, nomeadamente do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE - *Organisation for Economic Co-operation and Development* - OECD), Organização Mundial da Saúde (OMS - *World Health Organization* - WHO), Parlamento Europeu.

O debate em torno da Cidadania e Saúde é longo e faz parte da discussão do Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Foi alvo de artigos nacionais e de um estudo em particular que analisou a “Satisfação do utente”, da responsabilidade do grupo “Think Tank”, com resultados apresentados em 2010. Esta análise concluiu, entre outras observações, que as reformas na Saúde teriam de começar a ser centradas no Cidadão

enquanto cliente do SNS e que se deveria abandonar, em parte, as reformas unicamente efetuadas em torno do sistema.

Assim, uma das dimensões do problema que se aborda nesta dissertação passa por descobrir se há evidências de que o processo de Cidadania tem seguido um caminho continuado e progressivo. Ou seja, averiguar se os objetivos estratégicos em Saúde apresentados nos diversos Programas dos Governos Constitucionais desde 2002 a 2011 e as medidas entretanto medidas aplicadas no sector da Saúde, inclusive no ano de 2012, refletiram, de forma relevante, o domínio da Cidadania.

Foi também pertinente a análise das consequências económicas e sociais que decorrem da evolução do processo que coloca o Cidadão no centro da prestação de cuidados de Saúde já que o grande desafio passa por prestar melhores serviços de Saúde com menos recursos, de forma a contribuir de forma positiva para a sustentabilidade do sector.

CAPITULO I DA CIDADANIA À SAÚDE

O debate em torno do conceito de Cidadania é vasto. Recentemente, depois de uma primeira explosão de interesse pelo tema da Cidadania, nos anos 1960 e 1970, devido à influência da teoria pioneira de T. H. Marshall (1949)¹, a questão da Cidadania regressou ao primeiro plano no âmbito das ciências sociais. No entanto, antes de se iniciar uma incursão sobre a Cidadania social, sobre a qual se reflete este trabalho, é importante traçar o percurso histórico do conceito de Cidadania desde as suas raízes, em Esparta.

I.1 PERCURSOS HISTÓRICOS DA CIDADANIA

Na verdade, o conceito de Cidadania não é fácil de definir, nem na teoria, nem na prática, e são muitos os exemplos de diferentes modelos, tanto no que respeita à sua essência como ao seu desenvolvimento histórico. Segue-se uma abordagem sumária dedicada à sua evolução.

I.1.1 A CIDADANIA COMO PRIVILÉGIO

As raízes da Cidadania nasceram em Esparta depois da expansão dos espartanos rumo ao monte Taigeto. Neste alargamento do território o povo espartano derrotou os messénios, naquela que ficou conhecida como a primeira das guerras que a Messénia travou com Esparta. Segundo Derek Heater (2007), depois dos espartanos se apropriarem das terras e de submeterem os messénios a *hilotas* (servos da Grécia), os espartanos prepararam uma elite militar com receio que novos confrontos lhes retirassem a conquista então alcançada. Esta elite, denominada de *Os Espartíatas*, era um pequeno grupo que participava do poder e que ostentava o estatuto de Cidadão.

De acordo com o autor (2007:21) o crescimento desta classe coloca duas questões: “como nasceu este estatuto e que critérios foram adotados para que um

¹ T. H. Marshall é autor de *Cidadania e Classe Social*, uma obra que reúne uma série de conferências por si realizadas em 1949, na qual divide historicamente a evolução da Cidadania em três vertentes: civil (século XVIII), política (século XIX) e social (século XX).

Cidadão fosse reconhecido como tal?”. Segundo Heater, foi Licurgo, um legislador grego, quem, no final do século VIII a.C., elaborou um conjunto de regras constitucionais, sociais e económicas e é a este legislador a quem é atribuída a “formalização da classe de Cidadãos privilegiados e conscientes dos seus deveres” (idem). Foram estas reformas que estiveram na origem de algumas bases da Cidadania.

Heater adianta que os espartanos, entre si, se tratavam por *Homoioi*, ou seja, ‘iguais’. Contudo, argumenta que, tendo em conta as incertezas face à exatidão dos factos decorridos naquela altura não se sabe exatamente qual a conotação da ‘igualdade’ para os gregos de então. Plutarco, citado por Heater (2007:22), explica que Licurgo “tinha concedido participações idênticas no Estado a todos os Cidadãos de lei, independentemente das suas carências económicas ou físicas”.

Desta forma, Heater adianta que as reformas implementadas por Licurgo terão sido baseadas na divisão das terras públicas conquistadas de forma que todos os espartanos pudessem ter acesso a um rendimento mínimo proveniente de exploração agrícola o que, segundo o autor, constituiu a segunda característica do estatuto *Espartíata*.

No entanto, quem trabalhava as terras eram os *hilotas* e os *Espartíatas* dependiam economicamente do trabalho destes quem lhes entregavam todas as colheitas das terras que trabalhavam. No fim, os *Espartíatas* dedicavam-se a defender e a governar o Estado. A formação para esta função era feita através de seleção rigorosa: as crianças fortes eram aproveitadas para receberem formação a partir dos sete anos de idade sendo as mais débeis abandonadas à sua sorte para morrerem.

O Estado encarregava-se da educação das crianças dessa classe dominante e a formação dada até aos 20 anos tinha como objetivo o desenvolvimento físico e mental levado ao limite. Findo este período, os jovens tinham obrigações militares e eram considerados quase Cidadãos.

O jovem estaria apto a fazer parte de um grupo de Cidadãos depois de ser aprovado na realização de algumas peripécias, nas quais se incluía o sacrifício de membros *hilotas* que se poderiam transformar em pessoas *non gratas* capazes de ameaçar o controlo dos espartanos.

A fase seguinte consistia na realização de um jantar para seleção de cada jovem para a elite, sujeitos também ao pagamento de uma taxa de provisionamento. O processo de seleção era realizado através de um depósito de uma bola de pão em caso de aprovação ou por um pedaço esmagado em caso de rejeição. A aprovação por parte dos comensais tinha de ser unânime e caso o candidato não cumprisse com o pagamento das taxas poderia, a qualquer altura, ser expulso da comunidade e perder o estatuto de Cidadão. A realização destes banquetes comuns tinha, enfim, uma importante função: manter vivo o espírito de camaradagem enraizado na classe *Espartíata* desde a fase de formação.

Os *Espartíatas* eram excelentes soldados, possuidores de uma lealdade incondicional, totalmente entregues àquele que era o seu trabalho: arriscar a vida pela cidade. Mas além da lealdade para com a cidade, era esperado que aqueles considerados como Cidadãos cumprissem as suas obrigações civis, nomeadamente o cumprimento da lei e a participação na Assembleia. Qualquer comportamento desviante destas obrigações era punido com a perda de Cidadania.

A última condição para atingir a Cidadania era política: a participação no processo de governo. Naquela época, este era constituído pelo Conselho de Anciãos (corpo político e judicial que elaborava as leis) e pela Assembleia (de quem dependia a aprovação ou rejeição das propostas apresentadas). Com as reformas de Licurgo o mandato assumido por ambas as partes alterou-se e a maioria dos *Espartíatas* agia como uma Assembleia (poder de decisão e emenda) ao passo que uma elite menor ditava os projetos de lei e tinha poder de veto sobre a Assembleia.

Não tardou muito para que as diferenças entre as classes, nomeadamente no que respeita a privilégio de uma em detrimento das obrigações da outra (ricos *versus* pobres) abalassem as bases da Cidadania espartana. No entanto, conforme refere Heater (2007:31), da constituição de Licurgo derivaram aqueles que seriam os princípios eternos perpétuos da Cidadania: “A existência de uma classe cidadã devia arrancar desde condições de igualdade básica, e aos Cidadãos era exigido um agudizado sentido de obrigação cívica, além do dever de participar nos assuntos políticos do Estado e estarem preparados para defenderem o seu país.”

I.1.2 A CIDADANIA COMO ORDEM E PERTENÇA

I.1.2.1 A CIDADANIA E A HARMONIA CIVIL

Platão admirava o sistema espartano por causa da sua estabilidade e sentido de ordem, bem como a vida austera e disciplinada dos espartanos e a sua dedicação pela defesa da cidade. Platão concordava ainda com o não desempenho de obra manual por parte dos Cidadãos detentores de altos cargos.

A Cidadania de Platão está dividida em três classes: governantes, soldados e os produtores (Heater,2007:34). Ao contrário do sistema espartano, a classe dos produtores também inclui Cidadãos e constituem o que pode ser considerado como uma classe passiva da qual não se espera que interfira nos assuntos públicos.

O modelo de Estado que Platão apresentou no diálogo *A República* é, segundo Heater, “o reflexo da perfeição ideal inalcançável” por si perseguido. Enquanto *A República* apresenta a educação perfeita como base do Estado, em *Leis* a base é a legislação. Em *A República* o governante, pela sua virtude, infunde legitimidade à legislação, ao passo que em *Leis* o legislador coloca-se entre os deuses e os homens, necessitando do consentimento dos governados, da comunidade, do povo, para legitimar a legislação. Em *A República* ocupavam o lugar central a teoria das ideias e a ideia do bem, já nas *Leis* a ideia do bem somente é mencionada ao final, como conteúdo educacional para o governante.

Nas *Leis* Platão destaca o papel do legislador o qual deve ser "um verdadeiro educador dos Cidadãos" e sua missão principal não consiste em castigar transgressões cometidas, mas em prevenir que estas sejam cometidas. Platão reconhece, portanto, que tanto em Atenas como na maioria das cidades-Estado gregas não havia uma regulação legislativa dos problemas da educação pública.

O principal objetivo de Platão era a instauração de uma sociedade estável e harmonizada na qual a amizade e a confiança ocupavam um lugar de relevo nas relações entre Cidadãos e cuja vinculação social seria conseguida através de uma instituição similar aos banquetes comuns dos *Espartíatas*.

Para Platão são Cidadãos exemplares aqueles que tratam com deferência o sistema sociopolítico, respeitam as leis e exercem o autocontrolo, qualidades incutidas

nas escolas públicas. Em *Leis* Platão propõe a educação para a virtude desde a infância, o que faz com que a criança cresça ansiosa em se converter num Cidadão perfeito, com conhecimento suficiente para poder governar e ser governado com justiça. Contudo, e ao contrário dos *Espartíatas*, as virtudes que Platão desejava cultivar não eram as indispensáveis para triunfar na guerra, mas sim aquelas que perseguiram a harmonia civil.

I.1.2.2 A CIDADANIA ATIVA

Aristóteles, fiel discípulo de Platão, não concordava com muitas das opiniões políticas do seu mentor. Apesar de partilhar a visão que o seu professor tinha sobre o militarismo espartano, de completo desagrado, e de admirar os recursos investidos em Esparta ao ensino público, Aristóteles critica a constituição, os costumes e as práticas espartanas.

Difere do seu mentor no que respeita aos aspetos comunitários da vida espartana ao considerar que a distribuição de terra e o sistema de banquetes conduziam a um afastamento entre as classes, agravando a diferença entre ricos e pobres e beliscando a igualdade de Licurgo.

Mas a grande diferença entre Platão e Aristóteles é que enquanto o primeiro procurou desenhar um programa de Estado ideal, o segundo procurou analisar as constituições e demonstrar os princípios subjacentes a estas. Por isso, a obra de Aristóteles sobre a Cidadania acabou por ser muito mais influente do que a de Platão.

A análise mais relevante sobre a Cidadania encontra-se registada na obra “Política” na qual Aristóteles apresenta três diretrizes diferentes.

A primeira diz respeito à naturalidade da vida cívica. A segunda à sua conceção de um mínimo denominador comum de Cidadania válido para todos os Estados. A última conduz-nos às suas reflexões sobre a virtude cívica. A citação mais conhecida de Aristóteles é a de que o homem é um animal político: “O homem é por definição um animal político; por isso, ainda quando não necessitem da ajuda mútua dos homens, pelo menos procuram (por natureza) a convivência.”

Para se ser verdadeiramente humano, era necessário ser-se um Cidadão ativo na comunidade, aquilo que Aristóteles declarou: “Não fazer parte na condução dos assuntos da comunidade é ser uma besta ou um Deus!” Esta forma de Cidadania era baseada nas obrigações dos Cidadãos face à comunidade, em vez dos direitos dados aos Cidadãos da comunidade.

Isto não representava um problema pois todos tinham uma grande afinidade para com a *polis* em que o destino do Cidadão e o da comunidade estava fortemente relacionado. De igual forma, os Cidadãos da *polis* viam as obrigações para com a comunidade como uma oportunidade de serem virtuosos, uma fonte de honra e respeito.

Assim, Aristóteles acreditava que uma boa constituição regida por bons Cidadãos seria a garantia de que a função de Cidadania funcionaria para benefício de todos e não apenas de uma fação da sociedade. Aristóteles não se esquece de incluir na sua visão de Cidadania a participação política e a judicial em que o Cidadão deve usar o debate na elaboração de políticas e leis e realizar juízos para que essas leis sejam operacionais. A forma mais comum de cumprir com estas obrigações era ter uma participação direta nos assuntos da cidade.

Aristóteles admite a existência de bons e de maus Cidadãos e, obviamente, acredita que a Cidadania funciona melhor quando os Cidadãos são bons, em que o bom Cidadão deve adaptar a sua conduta aos requisitos do Estado. Para este filósofo grego, um bom Cidadão deveria reunir quatro características: autocontrolo, justiça, valor (patriotismo) e sabedoria/prudência. Um homem que reunisse estas qualidades seria capaz de governar bem e de aceitar ser governado.

No entanto, estas qualidades têm por base a educação, um princípio fundamental para Aristóteles. Por isso, o filósofo desenhou um modelo de educação ótimo, capaz de se adaptar aos diversos sistemas cívicos gregos, destinado a formar um bom carácter moral, em que a estética e a música eram critérios fundamentais.

O pensamento de Aristóteles incidiu sobre o melhor tipo de constituição e mostrou-se favorável a um modelo misto: oligarquia (governo da minoria rica), aristocracia (governo dos mais experientes), democracia (governo do povo).

I.1.2.3 A CIDADANIA (DES)IGUAL

Uma das fontes mais importantes sobre a história e funcionamento da Cidadania ateniense, segundo Heater (2007), é o estudo intitulado *Constituição dos Atenienses* provavelmente escrito por um dos seguidores de Aristóteles sob sua supervisão (2007:46), uma obra que descreve o regime político de Atenas.

Este texto revela como Sólon, o grande legislador ateniense², criou o Conselho dos Quinhentos (ou *boulé*), uma assembleia restrita de Cidadãos encarregues de deliberar os assuntos correntes da cidade com o objetivo de preparar e organizar os trabalhos da assembleia do povo (*Ecclesia*). Esta assembleia era constituída por 400 membros, dos quais 100 eram oriundos de cada uma das classes censitárias atenienses: *pentacosiomedimnos*, *hippeis*, *zeugitas*, *tetes*.

As três primeiras classes censitárias, superiores por ordem de riqueza, eram privilegiadas. No entanto, a pertença à assembleia e aos tribunais de justiça ainda continuava a ser um direito real para os Cidadãos. Os membros pertencentes à classe mais baixa, os *tetes*, não podiam ocupar nenhum cargo público o que, apesar de esta reforma permitir que os mais desfavorecidos pudessem ascender na escala social com base no atributo doado, o estigma da divisão dos Cidadãos desenhada por Sólon permaneceu.

Em Atenas, os Cidadãos eram ambos governantes e governados, os importantes cargos políticos e judiciais eram rotativos e todos os Cidadãos tinham o direito de falar e de votar na assembleia política. O conceito de democracia³ em Atenas nasceu com medidas implementadas por Clístenes. As reformas implementadas passaram pela divisão de Atenas e pela reorganização das tribos existentes de forma a misturar a população com o objetivo de uma maior participação no governo (Heater, 2007:48). Na base de uma complexa estrutura estava o *demo*, uma unidade local que se encarregava do trabalho administrativo da democracia ateniense e de facultar a formação necessária para garantir que os Cidadãos pudessem ter a capacidade necessária para desempenhar esse trabalho.

² Sólon nasceu 640 a.C. e é apontado como o grande precursor da constituição mista, implementando assim o pensamento de Aristóteles (oligarquia+aristocracia+democracia=Cidadania).

³ Democracia = demos (povo) + kratos (governo). Ou seja, um bom governo é aquele que se baseia na vontade do povo e sobre o qual deve assentar a máxima autoridade política.

Outra das reformas levadas a cabo por Clístenes foi a adaptação da pertença ao Conselho, órgão encarregue da preparação dos temas para a Assembleia cidadã, com uma nova estrutura das tribos, e um aumento do número de membros da Assembleia para 500, democratizando-a e atribuindo-lhe um carácter executivo⁴. Além disso, outra novidade constitucional foi a lei sobre o ostracismo, pela qual se podia banir um Cidadão por ano (o qual, por exemplo, desrespeitasse os princípios da Cidadania), sem que tal implicasse a perda de Cidadania e “tão-somente” era condenado a dez anos de exílio.

As reformas implementadas em Atenas refletiram-se na Cidadania dos atenienses em que os princípios se baseavam no ideal de igualdade, no usufruto da liberdade e na crença da participação.

O princípio da igualdade era representado na participação na Assembleia e no mecanismo de seleção por sorteio, em detrimento de eleição.

A ideia de liberdade, de pensamento, expressão e de ação, tinha como base o facto de que não poderia existir uma Cidadania democrática sem que existisse liberdade para expressar opiniões e participar no desenvolvimento e implementação das medidas políticas aprovadas por decisão popular.

Além disso, os Cidadãos devem querer exercer essa liberdade de forma positiva, pela participação em debates sobre os assuntos que afetam a comunidade, e estarem dispostos a cumprir com as suas obrigações através das instituições governamentais e de justiça. É esta participação que interliga a liberdade e a igualdade: apesar de pertencerem a classes diferentes, os atenienses participavam nestas atividades como iguais.

Mas nem todos os atenienses usufruíam da condição de Cidadão. Só os homens eram considerados Cidadãos, sendo que as mulheres e as crianças eram excluídas, de

⁴ Clístenes converteu a *boulé* de Atenas na base do seu famoso sistema político. A partir de então, esta assembleia assumiu as funções de verdadeiro órgão de governo da democracia, exercendo funções deliberativas, administrativas e judiciais.

forma natural, desta condição. Além disso, existiam ainda os *metecos*⁵ e os escravos (estes sem qualquer tipo de liberdade).

Apesar dos princípios de igualdade ante a lei e de oportunidade política se aplicarem a todos os Cidadãos, a verdade é que o grupo de Cidadãos não era igual. A título de exemplo existia uma divisão de Cidadania por idade. Ou seja, os adolescentes entre os 18 e os 20 anos pertencentes a famílias cidadãs recebiam formação militar e tinham determinadas obrigações e entre os 20 e os 30 os homens tinham direitos (participar na Assembleia), mas não podiam ocupar cargos públicos.

A forma de seleção para participação na Assembleia foi alterada ao longo dos tempos e tratava-se sempre de um processo complexo realizado por sorteio. Os atenienses controlavam o sistema judicial, dirigiam o sistema político do Conselho, a Assembleia Principal (o comité do Conselho) e a Assembleia. A participação direta era marcada pelo direito que todos os Cidadãos tinham de assistir à Assembleia, considerada o núcleo e a personificação da Cidadania democrática de Atenas, já que com esta participação os Cidadãos (representados em todas as classes e interesses sociais e económicos) participavam diretamente nas decisões que regiam a vida da *polis*.

I.1.3 EM ROMA... SÊ ROMANO

Se para os gregos, com Aristóteles, no conceito de Cidadania o homem era um animal político, já para os romanos o homem era uma entidade jurídica e como Cidadão tinha uma relação legal com o Estado.

Em Roma ser Cidadão permitia que o indivíduo pudesse viver sob a orientação e proteção do direito romano, o que afetava a sua via pública e privada, qualquer que fosse o seu interesse de participar na vida política (Heater, 2007:63). Ou seja, ser Cidadão romano significava ter obrigações (serviço militar e o pagamento de impostos, por exemplo) e direitos. Nestes últimos distinguam-se os afetos à esfera privada (casamento com um membro de uma família cidadã, a realização de comércio com

⁵ Imigrantes, temporários ou permanentes, legalmente livres, que usufruíam de alguns direitos e que tinham de cumprir determinadas obrigações (pagar impostos e cumprir o serviço militar).

outro Cidadão), pública e política. Estas duas últimas esferas compreendiam três tipos de direitos: eleger os membros das Assembleias e os candidatos que ocupavam cargos políticos, ter um assento na Assembleia, e converter-se em magistrado (Heater, 2007:64).

Grécia e Roma, de entre as várias diferenças apesar das influências evidentes que permaneceram no Império Romano, apresentam duas características divergentes e que convém realçar. Em primeiro lugar, Roma nunca foi uma democracia. Enquanto República o poder pertencia ao Senado ou aos Cônsules e enquanto Império era a pessoa do Imperador a gozar do poder. Por outro lado, os romanos nunca tiveram a mesma participação e os mesmos direitos a participar na Assembleia, ao contrário dos atenienses. Roma tinha três tipos de Assembleia: *comitia curiae*⁶, *comitia centuriata*⁷ e *comitia tributa*⁸. Estas Assembleias exerciam um certo poder público e o princípio que presidia a estas reuniões era o mesmo da Cidadania de uma cidade-estado, tal como ocorrera em Atenas.

Durante a República, o título de Cidadão tinha muito prestígio e a declaração *Civis Romanum sum*⁹ era uma expressão de orgulho. Com a expansão de Roma nasceram problemas relacionados com a forma de como dirigir um Estado em crescimento e que não desapareceriam durante o Império. E foi neste período de expansão que se deram duas alterações que tornaram possível a amplificação massiva da Cidadania romana: a oferta de Cidadania aos habitantes de Túsculo permitindo-lhes manter o modelo de governo municipal (ao invés de uma resposta hostil às provocações desta cidade independente naquilo que ficou conhecida como a Guerra Latina), uma estratégia seguida posteriormente com outras cidades; a criação de uma Cidadania de segunda classe ou semi-Cidadania.

No processo de expansão, Roma atribuía um novo estatuto às populações conquistadas – *civitas sine suffragio*¹⁰ – atribuindo-lhes a Cidadania romana, mas sem a possibilidade de se converterem em magistrados romanos. Era a aceitação de que a

⁶ Constituída por grupos de clãs familiares.

⁷ Controlada pelas classes mais ricas em virtude do sistema de votação e que gozava de uma série de poderes entre os quais a eleição de magistrados

⁸ Baseada em distritos eleitorais, com capacidade de promulgar leis.

⁹ Sou cidadão romano.

¹⁰ Cidadania sem voto.

Cidadania tinha duas faces, a pública e a privada, em que na primeira lhes era retirado o direito ao voto e na segunda lhes era concedida a possibilidade de comercializar em situação semelhante aos romanos.

A Guerra Social, que ocorreu em meados do século III a.C., deveu-se à insatisfação sentida por muitas cidades aliadas de Itália pelo atraso na concessão da Cidadania romana. Da mesma forma que a Guerra Latina produziu alterações diretamente relacionadas com a Cidadania, a Guerra Social obrigou os romanos a repensar esta política. Assim, para recompensar a lealdade das comunidades que não se revoltaram, Roma aprovou no ano 90 a.C. a *lex Julia*, a qual outorgava a Cidadania a milhares de pessoas em Itália, fazendo com que a Cidadania se aproximasse de um estatuto de pertença nacional que em caso algum se relacionada com a área geográfica de Roma.

No entanto, e apesar dos avanços na atribuição do estatuto de Cidadão que se fizeram sentir na República, foi apenas com o Império que se avançou com a ideia de expansão geográfica de um estatuto de Cidadania.

A primeira fase de expansão da Cidadania deu-se no principado de Augusto através do aumento do número de Cidadãos (consequência da política de Augusto ao outorgar a Cidadania aos soldados que ainda não eram Cidadãos uma vez que terminassem a sua atividade) e do crescimento do censo eleitoral (inclusão de homens adultos e respetivas famílias o que fez com que o número de pessoas com direito a voto superasse o milhão).

A segunda fase aconteceu durante o reinado de Cláudio (41-54) e Adriano (117-138), principalmente no primeiro período, era em que foi atribuído o estatuto de Cidadania a muitos não italianos e na qual os gauleses foram incentivados a fazer parte do Senado e a ocuparem cargos públicos. Foi com o imperador Marco Aurélio Antonino (211-217) que se aprovou a *Constitutio Antoniana* (Constituição Antoniana) e com ela desapareceram as diferenças geográficas e variações de grau de Cidadania, a partir da qual se outorgou o direito de Cidadania a todos os habitantes livres do Império.

Mas a implementação da Constituição Antoniana está longe de ser inocente. Com esta medida, Marco Aurélio Antonino conseguiu aumentar o rendimento recebido pelo imposto de sucessão, valor pago pelos habitantes merecedores do estatuto de Cidadania, que tinha como fim financiar os gastos militares, na altura a maior preocupação do imperador. Além disso, este efeito generalizado de atribuição do estatuto de Cidadania fez desaparecer distinções e colocou todos os habitantes na mesma situação de igualdade: todos eram Cidadãos.

Em terceiro lugar, a distinção entre um Cidadão livre de um não-livre tornou-se cada vez mais confusa, com a perda de privilégios dos primeiros face ao aumento dos direitos dos segundos (nomeadamente o recrutamento militar feito a não Cidadãos para engrossarem as fileiras do exército romano).

Por último, a decadência da distinção de Cidadania não deve ser vista como um processo de igualdade já que as medidas implementadas por Marco Aurélio Antonino criaram uma divisão social mais pronunciada entre as classes superiores e as inferiores, com os indivíduos pertencentes a esta última a terem menos direitos legais e a sofrerem castigos que anteriormente eram aplicados aos não-Cidadãos.

I.1.4 A CIDADANIA EM TRANSFORMAÇÃO

Com a queda do Império Romano a Cidadania romana desvaneceu-se e o Cristianismo continuava a ganhar terreno ao propagar o seu credo e estrutura diocesana.

A Cidadania na Idade Média destacou-se em três aspetos fundamentais: a relação entre a Cidadania e a Religião (Cristianismo); a ideia de Cidadania clássica ressuscitada graças ao interesse por Aristóteles; a Cidadania como um privilégio numa cidade ou povoação e não um Estado.

O conceito de Estado implementado pelos gregos e romanos tinha desaparecido e passou a ser entendido como um conceito relacionado com relações sociopolíticas concretas.

Simplificando, o príncipe governava, os súbitos obedeciam e os senhores feudais dominavam os vassalos. Contudo, ainda que debilmente, a noção de Cidadania

perdurou graças à intervenção da igreja Cristã e pela reafirmação de uma liberdade alheia ao controle do governador local, barão, bispo ou monarca.

Depois das perseguições vividas no Império Romano para com os cristãos, o Cristianismo foi proclamado como a Religião oficial em 391 d.C.. Com o desenvolvimento da sua organização administrativa, a igreja cristã concedeu aos bispos uma grande autoridade e estes acabaram por se instalar nas cidades romanas que a Igreja denominava de dioceses, fazendo que coincidissem as administrações civis e eclesiásticas.

Em consequência, quando se deu a queda do Império Romano os bispos tiveram condições ótimas para assumirem o poder político e uniram campestres e urbanos numa comunidade com uma clara identidade, semelhante à *polis* grega. O sentido de Cidadania voltou a nascer, se bem que com a evolução acabasse por existir uma separação distinta entre a Cidadania e a autoridade eclesiástica, com criação de instituições cívicas laicas.

Santo Tomás de Aquino tentou relacionar, no século XIII, Cristianismo e Cidadania. Este erudito considerava a “Política” de Aristóteles uma análise magistral do tema e atribui a este pensador uma suma importância na conceção do modelo cristão do universo.

Pode afirmar-se que a Cidadania na era clássica se deveu a três fatores: o afastamento deste conceito do Cristianismo, o reconhecimento oficial deste estatuto através da consolidação do direito romano e da liberdade cívica.

Marsílio de Pádua devolveu à Cidadania o seu sentido aristotélico secular. Este filósofo rejeitou qualquer noção de Cidadania relacionada com o Cristianismo ou com a necessidade de prestar contas e aceita a representação em que as leis devem partir da vontade dos Cidadãos. Marsílio defende que os Cidadãos deveriam ser diretamente envolvidos nos assuntos públicos e propõe um sistema de representação com o objetivo de legislar, em que os cargos públicos executivo e judiciais deviam submeter-se a um processo eleitoral. Esta sua proposta representa não só a natureza da Cidadania, como também apresenta as medidas necessárias para que haja participação tendo como fim a estabilidade do Estado.

Mas se podemos considerar que Marsílio foi a figura central na secularização e modernização do conceito aristotélico de Cidadania, Bartolo de Sassoferrato foi o grande responsável pelo renascimento do direito romano como base da Cidadania. Ou seja, para este jurista a associação do estatuto de Cidadania com os princípios do direito romano legitimava que fosse o povo a exercer o poder soberano num Estado.

Bartolo, quem defendia também um sistema representativo, procurou definir quais os requisitos necessários para se atingir a Cidadania e efetuou uma primeira distinção entre a Cidadania por nascimento e a concedida legalmente.

Tomás de Aquino, Marsílio de Pádua e Bartolo de Sassoferrato eram italianos e por isso não é coincidência que a Cidadania tenha sofrido, então, um grande desenvolvimento em Itália. Contudo, no resto da Europa assistiu-se também a alguma reflexão sobre os fundamentos da Cidadania.

No século XI a Cidadania já tinha nascido em algumas cidades europeias, um processo iniciado com a rejeição do controlo da igreja nas cidades episcopais. A razão deste movimento ter nascido nas regiões economicamente mais desenvolvidas deveu-se em muito com o facto de os mercadores exigirem maior liberdade no que respeita às transações comerciais. Por isso, pode constatar-se que o norte de Itália, Provença, Alemanha ocidental e meridional, Flandres e o norte de França foram as regiões em que mais movimentos foram dados no que respeita aos fundamentos da Cidadania.

A luta pela procura da independência do povo europeu face aos bispos, barões ou mesmo ao próprio rei fez com que pudessem passar a dispor de territórios próprios e de uma jurisdição exercida através de tribunais, além da aquisição de direitos de que são exemplo: a possibilidade de agravar impostos, uma administração própria formada por magistrados e funcionários eleitos pelo povo e, por último, a capacidade de garantir a ordem pública através dos tribunais.

Além disso, o conceito de Cidadania plena (ou seja, o direito a participar na eleição de cargos públicos municipais e apresentar-se como candidato) era completamente diferente. A administração civil das cidades e a sua gestão económica mediante sindicatos cruzava-se frequentemente como consequência da iniciativa mercantil que pretendia garantir a liberdade cívica nas cidades. Por fim, com o

crescimento e a consolidação da liberdade urbana e de uma administração própria desenvolveu-se um sentido de identidade e orgulho cívicos, ingredientes inerentes à Cidadania.

Em Inglaterra, por exemplo, o estatuto de Cidadania só era conseguido em cidades ou vilas nas quais o rei ou um nobre local outorgasse como foro, com atribuição de direitos e grau de independência. Os indivíduos que desfrutavam dos direitos e deveres de Cidadão eram conhecidos como «Cidadãos» se vivessem numa cidade, ou como «burgueses» se residissem num município ou «burgo». Os foros funcionavam como a constituição do município e tiveram como principais características o facto da administração geral, a justiça, a polícia e o controlo económico recaírem no âmbito da Cidadania.

No que respeita à economia, esta era alvo de um apertado controlo, exercido maioritariamente pelos sindicatos, que repugnavam qualquer tipo de tentativa de intromissão exterior, procedente de outra cidade. Em algumas cidades ou vilas, ser aprendiz ou membro de um sindicato constituía o principal critério para desfrutar dos direitos cívicos plenos.

A área de responsabilidade cívica estava delimitada ao poder local (município) cujo presidente tinha como responsabilidade a criação de leis municipais e em que o poder e a autoridade política pertenciam ao tribunal do município, com responsabilidades na recolha de impostos, administração do sistema judiciário e policial, bem como pela eleição dos cargos municipais.

Leonardo Bruni e Nicolau Maquiavel debruçaram os seus estudos na convicção de que a participação cidadã é de vital importância, bem como a convicção de um modelo de virtude política retirado dos pensadores da antiguidade clássica, o cívico republicano.

Bruni considerou que a Cidadania não era unicamente um tema de estudo académico e que constituía um modelo ativo de vida cívica, uma participação segundo a qual se podiam obter melhorias de ordem política em que o ideal de Cidadania se baseava na virtude, com liberdade e igualdade legal para todos os Cidadãos.

Também Maquiavel se debruça sobre o conceito de virtude como um aglutinador de qualidades (lealdade e valor), bem como a vontade e a capacidade de agir em prol de uma cidade, quer na esfera civil como na militar. Para este escritor renascentista a Cidadania era essencial para a política, para quem não é possível a existência de um estado baseado na liberdade sem que haja uma participação ativa dos Cidadãos e, por outro lado, a Cidadania não pode existir sem que haja uma forma de governação republicana. De realçar a relação entre a religião e a disciplina. De acordo com Maquiavel a educação religiosa era fundamental desde que apropriada, já que considerava que o cristianismo não seguia o caminho mais indicado.

I.1.5 A CIDADANIA E A MONARQUIA ABSOLUTA

No início do século XVI a autoridade recaía na figura do monarca, num conceito de monarquia absoluta, sem ceder poder a qualquer instituição ou grupo. O Estado era o rei. E a questão que se levantava era se a Cidadania e a monarquia podiam coexistir.

Jean Bodin (1530-1596), citado por Derek Heater (2007:113), descreveu soberania como «o poder absoluto e perpétuo conferido a uma nação». Para este pensador os súbditos podiam ser Cidadãos e entende que é a relação para com o soberano que eleva o súbdito à condição de Cidadão, dado o estabelecimento de uma obrigação mútua que compreende obediência, justiça e proteção. Bodin recusa que sejam os privilégios a ditar que um indivíduo é mais ou menos Cidadão, afastando-se do pensamento aristotélico.

Thomas Hobbes (1588-1679), teórico inglês autor de *Leviatã*¹¹, publicou em 1642, no mesmo ano em que rebentou a guerra civil inglesa, o livro *De Cive*¹². Hobbes defendia que a função do Cidadão era a de obedecer e que Cidadania não era mais do que uma simples palavra.

Um outro teórico Samuel von Pufendorf (1632-1694), especialista em direito internacional, aborda no ensaio *Dos Deveres dos Cidadãos*, escrito em 1682, não a questão dos direitos, mas sim aquilo que considera serem os deveres do Cidadão para

¹¹ Este livro diz respeito à estrutura da sociedade e do governo legítimo, e é considerado como um dos exemplos mais antigos e mais influentes da teoria do contrato social.

¹² Do Cidadão.

com os seus concidadãos e não unicamente para com o Estado, enumerando-os. Além disso, é este pensador que define quais as obrigações específicas que acompanham um Cidadão em determinadas situações: respeito aos dirigentes do Estado, fidelidade, obediência, preservar o bem-estar, permitir a segurança, oferecer a sua vida e propriedades (caso necessário), viver pacificamente e ser afável com os seus concidadãos.

I.1.6 A CIDADANIA NA ERA DAS REVOLUÇÕES

O desenvolvimento do conceito de Cidadania inicia um novo caminho no século XVII, época marcada pelo estabelecimento de colónias inglesas nos Estados Unidos da América, um surto emigratório que teve como causa a intolerância religiosa que invadiu Inglaterra naquele século.

Estas colónias, apesar de estarem sob as ordens constitucionais da coroa britânica, desenvolveram os seus próprios sistemas de governo em que cada uma contava com uma assembleia que aprovava as leis e nas quais eram convocadas eleições de forma regular. Nestas colónias, a Cidadania estava intrinsecamente relacionada com a participação cívica no serviço comunitário.

Entre o século XVIII e final do século XX competem entre si duas linhas de pensamento sobre Cidadania: a cívica republicana e a liberal. De realçar que foi Locke o primeiro pensador político a colocar o foco político da Cidadania na noção dos direitos. No seu *Segundo Tratado Sobre o Governo Civil*, publicado em 1690, Locke defende que todos os homens têm direito a proteger a sua vida, a liberdade e os seus bens, uma noção que acabaria por ser consagrada na Declaração de Independência dos Estados Unidos (1776)¹³ e na Declaração Francesa do Homem e do Cidadão (1789)¹⁴.

Rousseau (1792) desempenhou um papel fulcral aquando da Revolução Francesa e as suas ideias de liberdade, igualdade e fraternidade, aplicadas entretanto por Robespierre (seu discípulo), mostraram ser um grandioso contributo para a

¹³ Vida, liberdade e procura da felicidade.

¹⁴ Liberdade, propriedade, segurança e resistência à opressão.

definição de Cidadania. Rousseau tentou encontrar um novo modelo de existência social que assegurasse o tipo de liberdade civil desenvolvida entretanto na tradição republicana para conseguir os interesses individuais de cada pessoa, em que a liberdade é conseguida sempre desde que se cumpram com as obrigações. Para Rousseau, o povo é formado por Cidadãos e súbditos e viver em sociedade obriga a que os indivíduos devem respeitar as normas da sociedade.

“O pacto social estabelece entre os Cidadãos tal igualdade que todos se comprometem sob as mesmas condições, e todos eles devem gozar dos mesmos direitos. Assim, por natureza do pacto, todo o ato de soberania [...] obriga ou favorece igualmente a todos os Cidadãos.” (Rousseau, 1762:21)

O conceito de Cidadania muda no momento da Revolução americana e francesa do século XVIII: passa de implicar uma série de deveres políticos (patriotismo, lealdade, obediência), o qual entranha uma visão passiva, para significar um grupo de direitos políticos que definem a condição Cidadã pela emancipação política e o compromisso ativo com a vida pública. Mas no século XIX dá-se uma nova reviravolta e a Cidadania passa a definir-se pela posse de direitos e liberdades civis.

O conceito republicano de Cidadania assume três óticas diferentes: em primeiro lugar, a teoria que os republicanos elaboram a respeito; em segundo lugar, as práticas que levam a cabo que implicam a aprendizagem dessa Cidadania por parte das classes populares; e por último, o grau de identificação destas com o modelo republicano de Cidadania que se materializa em atos simbólicos de soberania mediante a ocupação da esfera pública.

Pierre Rosanvallon situa em 1789 o nascimento do indivíduo Cidadão face ao Cidadão proprietário defendido até 1780 pelos fisiocratas. Este novo estatuto caracteriza-se pela igualdade, a individualidade e a universalidade; a posse de direitos políticos implica a pertença ao corpo social, e só se aceitam critérios de exclusão baseados no que se considera uma dimensão natural (menores, mulheres, criados, mendigos e vagabundos), e que nunca atentem contra o princípio igualitário (como os critérios económicos).

Neste sentido, a nação (como um todo abstrato) passa a ser o fundamento da soberania, o que não significa em absoluto a soberania popular (no sentido de fundar a política na opinião dos Cidadãos), pelo que em 1791 é organizado um sistema de sufrágio em dois níveis no qual o Povo atua como poder legitimador, mas não governante.

Bonaparte continua com este sistema, ampliando-o na base e restringindo-o mediante um terceiro grau de eleição, após o qual o Imperador ou o Senado procedem à eleição dos representantes. O sufrágio aqui é símbolo de inclusão e nem tanto de deliberação, de verdadeiro exercício da soberania.

Frente a este Sufrágio “Universal” indireto reagiam os liberais no início do século XIX, instaurando em 1817 o sufrágio censitário direto, que antepõe a “qualidade” à quantidade, baseando-se no modelo do Cidadão-proprietário.

Em 1830 Guizot e os doutrinados modificam este modelo baseando-se na ideia da “soberania da razão” e estabelecendo o princípio da capacidade. A dificuldade de encontrar critérios de definição da “capacidade” implica que de facto se continue a privilegiar os proprietários ou contribuintes.

Ao mesmo tempo, o modelo de sufrágio censitário baseia-se numa forte separação da ideia de participação política e da igualdade civil, reduzindo a política a uma simples gestão para banalizar a exclusão. A partir dos anos 1830 e até 1848, e com o agravamento da questão social, começa a desenvolver-se a perceção de uma sociedade dividida em dois, exploradores e explorados, e a procura do Sufrágio Universal enquadra-se no desejo geral de unidade social e inclusão.

Mas enquanto em 1789 tinha precedência o princípio de igualdade civil, face à sociedade de privilégios anterior, a partir de 1830 a procura de integração situa-se nas esferas política e social. Contudo, a crítica do Antigo Regime e do sistema censitário desenvolvem-se nos mesmos termos. Os eleitores censitários assemelham-se aos antigos aristocratas, e os excluídos do sufrágio ao terceiro estado, enquanto a monarquia começa a identificar-se irremediavelmente com o privilégio.

Finalmente, em 1848, o Sufrágio Universal simboliza a concórdia nacional mais que um ato de soberania, devido à assimilação do pluralismo de interesses à divisão. A

Democracia francesa aspira a uma sociedade sem classes e sem conflitos, pelo que se desconfia dos partidos políticos, da competência económica e de qualquer forma de divisão social.

Os republicanos de 1840-1843 posicionam-se face a moderados e progressistas defendendo uma Cidadania Universal (masculina) fundada na concessão de direitos políticos ao conjunto da nação.

O Sufrágio Universal constitui um princípio de igualdade, o fundamento da nação e o meio de conseguir o bem comum. Como consequência há lugar à emancipação e à liberdade na sua aceção de participação política e vigilância e controlo popular do poder. O Sufrágio é concebido como um verdadeiro exercício de soberania que devem empunhar todos os habitantes de uma nação.

Isto só é possível numa nação organizada de forma federal, em que cada unidade local e provincial possa decidir autonomamente acerca dos seus interesses e se reserve ao governo central as relações exteriores e as grandes empresas de fomento e artes.

Assim, supera-se a dicotomia entre Cidadania antiga, própria de sociedades pequenas, e Cidadania moderna, em grandes sociedades onde o âmbito civil é independente da esfera política e coloca-se o estatuto legal ao vínculo com o público. O décimo nono triunfo da conceção liberal de Cidadania não exclui a existência de uma visão alternativa, em alguns aspetos adiantada ao seu tempo, e que foi em grande medida esquecida.

I.1.7 DA CIDADANIA POLÍTICA AOS DIREITOS SOCIAIS

I.1.7.1 A CAMINHO DA CIDADANIA POLÍTICA

A interpretação da história da Cidadania Política e os debates tidos em torno dos direitos políticos marcaram a história francesa do século XIX.

Pierre Rosanvallon (1992) considera que os debates constituíram a grande questão do século XIX já que incluíram todas as discussões em torno da Democracia moderna: a relação entre os direitos civis e os políticos, entre a legitimidade e o poder,

entre a liberdade e a participação e entre a igualdade e a capacidade. Ao mesmo tempo, a história do Sufrágio Universal une-se com a de emergência do indivíduo e a igualdade, que está no coração do processo de construção das sociedades modernas.

Na análise *Le sacre du Citoyen*, Rosanvallon distancia-se da história política tradicional, da história das ideias e das representações e conclui ter consagrado três tipos de história: uma jurídica e institucional (centrada no Sufrágio como objetivo social e na luta pela integração e pelo reconhecimento), uma epistemológica (baseada no processo de reconhecimento da validade do Sufrágio Universal como procedimento ótimo de tomada de decisões) e uma cultural (a das práticas eleitorais que acaba quando o sufrágio universal penetra nos costumes).

As três histórias estão dissociadas em França, marcadas por toda uma série de avanços e retrocessos, o que se diferencia do esquema de Marshall. De facto, Rosanvallon parte da consideração de que não é possível reduzir a história do Sufrágio Universal a uma celebração das etapas de uma conquista na qual as forças do progresso triunfaram sobre as da reação.

O principal inconveniente do modelo marshalliano, aparte do seu anglocentrismo, é, para Rosanvallon, o facto de seguir uma cronologia estreitamente institucional e não efetua uma análise de natureza filosófica.

A história do Sufrágio Universal em França começa por se situar no momento em que se produziu a transição de uma conceção da soberania do povo, como a resistência à tirania, em que ela própria passa a definir um princípio de autonomia, no qual se considera o povo como um agregado de indivíduos que se autogovernam.

A rutura deu-se com Locke e sua fundação do poder na defesa dos direitos subjetivos do indivíduo. Isto abriu caminho para a emergência do indivíduo eleitor e aqui é necessário marcar a diferença deste processo em Inglaterra e em França.

No caso britânico, o processo deu-se através da transformação progressiva do sistema tradicional de representação política, enquanto no caso francês, com a Revolução de 1789, o indivíduo soberano irrompeu na esfera política violentamente, apesar de sem eliminar a ideia ilustrada que considerava o governo de capacidades

como a grande condição do progresso e da liberdade. Esta contradição inicial sobreviveu ao longo de todo o século XIX.

Em 1789 um novo estatuto social, o de membro da nação, substituiu o mosaico de relações pessoais de dependência entre os indivíduos e o monarca. O indivíduo-Cidadão substituiu o Cidadão-proprietário defendido até 1780 pelos fisiocratas, quem consideravam que só os proprietários territoriais tinham um verdadeiro interesse na nação e, portanto, só eles deviam gozar do direito ao voto.

O povo integrou-se na sociedade num processo de universalização da Cidadania e os excluídos do sufrágio passaram a ser os rejeitados da nação: os aristocratas, os estrangeiros, os criminosos e os marginados (e, por outros motivos, as mulheres).

O direito à Cidadania procedia da ideia de implicação social, que incluía a pertença jurídica (a nacionalidade), a inscrição material (o domicílio) e a implicação moral (o respeito à lei). À parte desta limitação social, só se aceitarão restrições naturais para aceder à Cidadania. Só os indivíduos livres e autónomos podiam participar na vida política, pelo que se excluíram as pessoas consideradas dependentes: os menores, os alienados, os religiosos enclaustrados, os domésticos e as mulheres.

Apesar de tudo, os constituintes continuam a considerar a multidão como uma massa ameaçadora, pelo que se adotou o sufrágio a dois níveis: a Cidadania indicava uma pertença social e uma relação de igualdade, enquanto o direito ao voto definia um poder pessoal.

Os dois níveis dissociavam o momento de deliberação e o de autorização no processo eleitoral e isto constituía uma forma de conciliar a universalidade da implicação política com o poder final de decisão. O Sufrágio era símbolo da inclusão e da legitimação e não um verdadeiro exercício de soberania.

Napoleão acrescentou um terceiro nível, estendendo o direito ao voto na base e limitando-o no vértice com restritivas condições de elegibilidade e práticas de tipo autoritário.

Os liberais do século XIX reagiram contra este Sufrágio “Universal” indireto e instauraram em 1817 o Sufrágio censitário direto. Considerava-se que só a eleição

direta estabelecia um verdadeiro governo representativo. Além disso, colocava-se a “qualidade” e a “quantidade”: o direito ao voto não podia derivar da implicação ou autonomia do indivíduo, mas sim das qualidades objetivas do indivíduo em si, das suas capacidades. Tentava-se estabelecer uma “soberania da razão”. No entanto, a dificuldade de encontrar critérios de definição da “capacidade” implicou que de facto se continuasse a privilegiar os proprietários ou contribuintes.

O modelo de Sufrágio censitário baseava-se numa forte separação da ideia de participação política e da de igualdade civil, reduzindo a política a uma simples gestão para banalizar a exclusão.

Por outro lado, a partir dos anos 1830 e até 1848, com o agravamento da questão social, começou a desenvolver-se a percepção de uma sociedade dividida em dois: exploradores e explorados. E a procura pelo Sufrágio Universal começou a enquadrar-se no desejo geral de unidade social e de inclusão.

Mas enquanto em 1789 a reivindicação da igualdade política derivava do princípio de igualdade civil, considerava-se essencial – face à sociedade de privilégios do Antigo Regime, a partir de 1830, com o desaparecimento de distinções sociais na esfera civil – a procura pela integração que se passou a situar nas esferas política e social.

No entanto, os termos pelos quais se reivindicava a igualdade civil em 1789 e o sufrágio universal durante a Monarquia de Júlio eram os mesmos. Os eleitores censitários assemelhavam-se aos antigos aristocratas, enquanto os excluídos do sufrágio faziam parte de um novo terceiro estado e a monarquia se identificava cada vez mais irremediavelmente com o privilégio.

Finalmente, em 1848 instaurou-se o Sufrágio "Universal" direto: todos os homens com mais de 21 anos obtiveram o voto sem restrição de capacidade ou censo. O Sufrágio "Universal" passou a encarnar a concórdia nacional, a unidade social e a fraternidade, mas não um ato de soberania ou o instrumento político de um debate plural. De facto, rejeitava-se firmemente tudo que implicasse uma divisão social: o pluralismo, os partidos políticos e a competência económica.

Luis Napoleão Bonaparte manteve o Sufrágio "Universal", mas com um forte controlo da administração com que designava os candidatos oficiais. Contudo, o Sufrágio "Universal" estava longe de ser aceite e prova disso são as fortes críticas que recebeu depois do desastre de Sedan por parte de conservadores e liberais que discutiram a questão da seleção das elites numa sociedade e a natureza da democracia.

Porém, a Constituição de 1875 consolidou o voto sem restrições já que era considerado como um facto inevitável e inquestionável. Os fundamentos da Democracia ou da igualdade política começaram a ser inquestionáveis, já que o Sufrágio continuava a ser um mecanismo de paz social e de estabilidade.

Já o sistema republicano dos anos 1870-1880 apresentava uma contradição aparente: por um lado, o Sufrágio "Universal" identificava-se com a República, mas por outro, a República situava-se por cima do Sufrágio "Universal".

No primeiro caso, o Sufrágio "Universal" definia um modo de legitimação antagónico ao da monarquia, mas quando aparecia o risco de um regresso à mesma (como foi o caso em 1884) situava-se o princípio republicano por cima da vontade popular. Para reduzir este risco recorreu-se ao antigo argumento da imaturidade do povo e à importância da educação para formar sujeitos políticos autónomos e racionais.

Assim, em finais do século XIX a maioria das famílias políticas aceitava o Sufrágio "Universal" e o processo foi-se completando com a inclusão dos criados (1930), mulheres (1944) e indigentes (1975).

Rosanvallon (1992) conclui então que o processo de universalização terá terminado quando se integrem as crianças e os loucos, figuras “puras” da dependência e da incapacidade de juízo racional e quando o Cidadão se confunda com o indivíduo, analisa os significados e da simbologia do sufrágio universal, mas deixa de lado as concepções que existiram em torno do método eletivo em si.

Bernard Manin (1998) investiga as relações entre as instituições representativas e a democracia. Os fundadores do governo representativo introduziram um princípio não igualitário segundo o qual os representantes deviam ser superiores aos

representados. Na França revolucionária estabeleceram-se disposições legais (como o requisito de pagar uma certa quantidade em impostos), enquanto em Inglaterra estas se combinam com normas culturais (a deferência popular para com os poderosos) e fatores práticos (o alto custo das campanhas). Com o avanço da igualdade política nos séculos XIX e XX todos estes fatores de acesso à função de representante foram sendo eliminados, mas Manin afirma que o próprio método eletivo tem claros efeitos não igualitários e aristocráticos.

A dinâmica da seleção costuma conduzir à eleição de representantes percebidos como superiores devido ao tratamento desigual dos candidatos por parte dos votantes. Além disso, contribui também para a distinção dos candidatos requerida por uma situação eletiva, a uma vantagem cognoscitiva que outorga uma situação de prominência e ao custo de disseminar informação.

Neste âmbito, Manin destaca o facto de que a mesma noção de Cidadania política tenha duas vertentes paralelas: uma de igualdade e inclusão social (o Sufrágio Universal) e outra de desigualdade e exclusividade encarnada pelo método eletivo em si.

I.1.7.2 A AMPLIAÇÃO DA CIDADANIA POLÍTICA

Durante o período entre 1880 e 1910 houve uma ampliação dos direitos políticos e, ao mesmo tempo, uma alteração do significado do conceito de Cidadania. O processo de reconhecimento dos direitos políticos teve um rápido desenvolvimento dando origem a uma visão mais ampla da noção de “Cidadania”.

No início do século XIX, estabeleceram-se três critérios de acesso ao estatuto de Cidadão: a utilidade, a autonomia pessoal e a capacidade. Ao longo do século abriu-se caminho para o critério censitário, que incluía os proprietários com “interesses reais” nos assuntos estatais. Critérios que prevaleceram na França, Espanha, Bélgica, Holanda, Sardenha, Itália e Suécia.

No “fim de século” dá-se uma mudança extraordinária que coloca em questão a interpretação evolutiva e linear da ampliação do direito ao voto. Em países como França, Espanha ou Portugal, depois de um longo período censitário, voltou-se a um

Sufrágio quase Universal masculino que tinha sido previamente estabelecido. Neste período algumas das restrições antes mencionadas perderam legitimidade, como o princípio censitário e o critério de propriedade.

Começa-se a valorizar a vantagem de uma extensão da educação, com a confiança de que uma reforma não alteraria a ordem institucional ou a estrutura social e dá-se a necessidade de se incluir neste processo a pressão social das organizações trabalhistas e a não se limitar na ação dos líderes políticos. Prova disso é o facto de que a conquista do Sufrágio "Universal" se uniu à consecução de outros direitos pelos trabalhadores, como a educação, a associação e greve, bem como a proteção social.

A Cidadania política voltou ao primeiro plano com a Revolução Gloriosa¹⁵ e o estabelecimento do Sufrágio Universal masculino, momento no qual se constata já fortes exigências de direitos sociais, tais como o direito ao trabalho, à assistência ou à instrução. Na Restauração regressou-se à anterior concepção do Cidadão como um sujeito de deveres (passou-se de 90% a 20% de votantes), enquanto com a crise de fim de século a sensação de “ausência de Cidadãos” provocou um crescente interesse pela pedagogia política.

Em 1890 reestabeleceu-se o Sufrágio Universal masculino e o processo culminou em 1933 quando se iniciou a outorgação do direito do voto às mulheres. Mas a concessão deste direito não colocou um ponto final nos debates entre as partidárias da igualdade e a diferença. As primeiras afirmam que a diferença sexual é irrelevante no contexto dos direitos do homem reconhecidos pelos princípios universais do direito Democrático liberal. As segundas defendem que se a diferença sexual é o produto necessário da individuação, a negação por parte do universalismo abstrato desta diferença perpétua à opressão das mulheres ao erigir a masculinidade como norma.

¹⁵ Nome dado pelo movimento ocorrido na Inglaterra entre 1688 e 1689 no qual o rei Jaime II foi destituído do trono britânico. A Revolução Gloriosa marcou um importante ponto para o direcionamento do poder em direção do parlamento, afastando a Inglaterra permanentemente do absolutismo. Foi aprovado no parlamento o *Bill of Rights* (declaração de direitos) onde se proibia que um monarca católico voltasse a governar o país, além de eliminar a censura política, reafirmando o direito exclusivo do Parlamento em estabelecer impostos e o direito de livre apresentação de petições. A declaração ainda garantiu ao parlamento a organização e manutenção do exército, tirando qualquer possível margem de manobra política e institucional possível do monarca.

I.1.8 DA CIDADANIA SOCIAL À ASSISTÊNCIA

I.1.8.1 A CIDADANIA FORMAL E SUBSTANTIVA

Desde a Declaração dos Direitos e Deveres do Homem e do Cidadão, o cidadão é um indivíduo portador de determinados direitos e deveres. Consequentemente, a Cidadania é o reconhecimento destes direitos, mas um reconhecimento de fato, ou seja, a Cidadania é a concretização destes direitos e deveres.

Quais são estes direitos? Hoje concorda-se que estes direitos são os direitos civis, políticos e sociais, tais como identificados por T.H. Marshall, autor de *Cidadania e Classe Social*, uma obra que reúne uma série de conferências realizadas pelo autor em 1949.

Os direitos civis (igualdade ante a lei) são aqueles referentes à liberdade individual, os direitos políticos são os referentes ao direito de votar e ser votado, entre outros e, por fim, os direitos sociais são aqueles que se referem ao bem-estar físico e mental, tal como o direito à Saúde, educação, habitação, etc.. Por outro lado, os deveres são para com o Estado: pagar impostos, votar, etc.

A Cidadania é, assim, um privilégio de quem tem concretizado estes direitos e deveres. A noção central do texto de Marshall é o conceito de Cidadania. O estatuto de Cidadão é um estado de igualdade básica em direitos e obrigações dos membros de uma da comunidade.

Para Marshall a Cidadania não é incompatível com a existência das classes sociais, mas amortiza os efeitos da sua existência e aborda esta questão de uma perspectiva histórica na qual a condição de Cidadão se terá ampliado desde os primeiros direitos civis – Cidadania civil –, passando pela Cidadania política, até alcançar a etapa atual, na qual a extensão dos direitos sociais básicos – essencialmente educativos e de acesso aos serviços sociais –, permitem pensar na possibilidade de consolidação de uma Cidadania social, uma condição que faz com que o autor afirme, em 1949, que existe uma tendência progressiva para a igualdade social no mundo moderno.

Para o autor, a Cidadania é uma instituição em desenvolvimento e transformou-se com o processo histórico.

Elementos	Direitos	Instituições	História
Civil	Necessários para a liberdade individual: liberdade da pessoa, de expressão, de pensamento e religião, direito à propriedade e à justiça.	Tribunais de Justiça.	Direitos Cíveis (século XVIII). Inclusão gradual de novos direitos num estatuto já existente: estatuto da liberdade.
Político	Direito a participar no exercício do poder político como membro de um corpo investido de autoridade política ou como eleitor dos seus membros.	Parlamento; Governo Local.	Direitos Políticos (século XIX). Primeiro garantiram-se antigos direitos a novos sectores da população como o sufrágio o qual no início era um privilégio de uma reduzida classe económica.
Social	Direito à segurança, um mínimo de bem-estar económico, partilhar plenamente a herança social e viver a vida de um ser civilizado conforme os padrões da sociedade.	Sistema educativo; serviços sociais.	Direitos Sociais (século XX). A sua origem foi a pertença às comunidades locais e às associações funcionais, mas progressivamente foi complementada e substituída pela <i>Poor Law</i> e por um sistema de regulação salarial. Ambos concebidos a nível nacional, mas administrados localmente. Limitou-se a ajudar doentes, pessoas idosas, deficientes, etc..

Tabela 1 - A divisão da Cidadania e a história da sua evolução, segundo T. H. Marshall.

Segundo o autor “quando os três elementos (civil, político e social) da Cidadania se distanciam uns dos outros, logo passaram a parecer elementos estranhos entre si. O divórcio entre eles era tão completo que é possível, sem destorcer os fatos históricos, atribuir o período de formação da vida de cada um, a um século diferente – os direitos civis ao século XVIII, os políticos ao XIX e os sociais ao XX. Estes períodos devem ser tratados com uma elasticidade razoável, e há algum entrelaçamento, especialmente entre os dois últimos.” (Marshall, Bottomore, 1992:10).

A categoria de classe social ocupa um lugar secundário na argumentação de T. H. Marshall já que este se interessa, sobretudo, pela Cidadania e pela sua influência na desigualdade social.

O autor afirma que a evolução da Cidadania coincide com o desenvolvimento do capitalismo o qual não é um sistema de igualdade, mas sim de desigualdade (Marshall, Bottomore, 1992:17-27). A igualdade implica o conceito de Cidadania, apesar de limitada no seu conteúdo, e abalou a desigualdade do sistema de classes que era, em princípio, total. Os direitos civis conferiam poderes legais cuja utilização era drasticamente limitada pelos preconceitos de classe e pela falta de oportunidades económicas que já existiam.

Este desenvolvimento precisava de tempo já que os direitos sociais eram mínimos e não estavam integrados no edifício da Cidadania. O objetivo comum do esforço legal e voluntário era aliviar o desalento da pobreza sem alterar o modelo de desigualdade do qual a pobreza era o resultado obviamente mais desagradável (idem).

No final do século XIX o aumento dos salários, o sistema de impostos diretos e a produção massiva fizeram com que a integração social se estendesse do sentimento e patriotismo para o desfrute material. Ao se reduzir a desigualdade aumentaram os requerimentos para a sua abolição.

T. H. Marshall tenta nesta sua obra mostrar de que forma a Cidadania, em conjunto com outras forças externas, modificou o modelo de desigualdade social. Isto traz consequências para a estrutura da classe social, como resultado da combinação de três fatores: a escala de distribuição dos salários, a grande extensão da área da cultura e o enriquecimento do estatuto universal de Cidadania combinado com o

reconhecimento e estabilização de determinadas diferenças de estatuto através dos vínculos que unem os sistemas da educação e da ocupação.

Isto significa que as desigualdades são toleráveis no seio de uma sociedade fundamentalmente igualitária, desde que não sejam dinâmicas. Há limites inerentes ao movimento igualitário que operam através da Cidadania e do sistema económico. Em ambos os casos trata-se de eliminar as desigualdades que uma sociedade não pode considerar como legítimas.

O que acontece é que o modelo de legitimidade é diferente num e noutro caso em que na Cidadania o modelo é a justiça social e no sistema económico o modelo é a justiça social combinada com a necessidade económica.

O otimismo do ensaio de Marshall – que não deixa por isso de examinar crítica e lucidamente as contradições e conflitos inerentes à consolidação da Cidadania – bem como o espírito – a possibilidade e o desejo de construir uma sociedade mais justa sem fazer a revolução – contrastam, ao ser lido cinquenta anos depois, com os princípios que parecem reger a política da Europa de hoje. O debate sobre a Cidadania e o seu principal garante, o Estado de Bem-Estar, não está em torno da sua amplificação e profundidade, mas sim em torno de como o reduzir aos mínimos imprescindíveis sem chegar à explosão social.

Tom Bottomore escreve a segunda parte do livro *Cidadania e Classe Social* (Marshall, Bottomore, 1992:55-92), numa tentativa de continuar com a discussão iniciada por T. H. Marshall e de falar de Cidadania e de classe social na perspetiva deste pensador, mas 40 anos depois (1992).

Bottomore considera que Marshall falhou numa análise suficiente das causas do desenvolvimento do capitalismo, apresentando-o como uma progressão harmonizada e não contemplando os grupos sociais que intervieram nas lutas para ampliar os direitos dos Cidadãos: o movimento trabalhista, os reformistas da classe média e das duas guerras mundiais (Marshall, Bottomore, 1992:55).

A economia volta a dominar a política e é isso que o ensaio de Tom Bottomore recorda. Este autor revê as conquistas e fracassos dos projetos sociopolíticos das duas Europas depois da Segunda Guerra Mundial e com isso confronta-nos com o facto de

que os velhos debates sobre os limites da intervenção do Estado e os direitos dos mais débeis continuam em aberto, e que outras questões, como os direitos de Cidadania dos estrangeiros e das minorias, devem ser abordadas como questões de direitos humanos e de democracia. A história, pese a alguns, não terminou.

Em 1949 ainda era possível contemplar com otimismo a paulatina extensão dos direitos do Cidadão (sobretudo na Grã-Bretanha) e uma sociedade Democrática. Mas logo começaram a desenvolver-se alterações radicais em todo o mundo: a Guerra Fria, a execução em 1948 do Plano Marshall para a recuperação da Europa, as relações de maior dependência face aos EUA com o ressurgimento do capitalismo e um crescimento económico, a implementação dos regimes estalinistas na Europa Ocidental (totalitários e sobreviventes ao próprio Stalin).

No período de 1950 a 1973, denominado por Maddison, citado por Bottomore (Marshall, Bottomore, 1992:59), como o 'Estado de Ouro' houve um crescimento económico das sociedades industriais avançadas da Europa Ocidental. As políticas sociais e económicas eram o resultado dos acordos negociados entre o Estado, as grandes empresas capitalistas e os sindicatos para alcançar uma espécie de compromisso de classe que permitisse manter a estabilidade (Estado de Bem-Estar Social).

Mas há conflitos entre as duas formas de satisfazer as necessidades da população e de lutar contra a pobreza que não foram tidos em conta: o mercado e o bem-estar, bem como entre a Cidadania e o sistema capitalista de classe (Marshall, Bottomore, 1992: 57-65). Nas sociedades capitalistas o aumento dos direitos sociais, no marco do Estado de Bem-Estar, não transformou em profundidade o sistema de classes, nem os serviços sociais eliminaram a pobreza, na maior parte dos casos.

Depois de 40 anos a Cidadania coloca um conjunto de questões a examinar a partir das emigrações massivas do pós-guerra na Europa e nos EUA e que criaram diferentes problemas (Marshall, Bottomore, 1992:65-73):

- A distinção entre Cidadania formal (pertença a um Estado-nação) e a Cidadania substantiva (conjunto de direitos civis, políticos e

especialmente sociais que implicam uma forma de participação nos assuntos do Governo);

- A distinção dos direitos dos Cidadãos com os direitos formais da Cidadania;
- A desigualdade de género na implementação do conjunto dos direitos;
- A questão da diversidade étnica ou étnico-cultural, como consequência da imigração em grande escala do pós-guerra;
- A existência de grupos no Estado-nação que criam movimentos reivindicativos de uma nacionalidade distinta e separada. Alguns implementam a dupla nacionalidade.

Todos estes problemas levantam questões sobre os direitos substantivos dos Cidadãos, especialmente na relação como afeta o fenómeno da pobreza, condição que o Estado do Bem-Estar assumiu como prioridade erradicar. No início existiram resultados, mas, principalmente nos anos 80 do século XX, a pobreza voltou a aumentar na maior parte da Europa, agudizando as desigualdades salariais, na riqueza e nas consequências face à qualidade da Cidadania de quem vivia aquela situação.

Desta forma, os conceitos dos direitos, bem-estar e Cidadania variam significativamente ao longo do espectro político, sobretudo quando terminou o consenso dos anos 50 e 70 do século passado, fazendo com que a divisão entre a esquerda e a direita e entre os princípios opostos da igualdade e desigualdade fosse mais evidente.

Assim, Bottomore conclui a sua intervenção afirmando (Marshall, Bottomore, 1992:83-93) que com o aumento da imigração do pós-guerra para os países industrialmente avançados cresceu o interesse pela Cidadania formal, ou seja, a pertença a um Estado-nação e que a dupla Cidadania cria graves problemas relativos ao Estado-nação e à nacionalidade sobretudo por causa das duplas lealdades. Este problema gera questões em torno da Cidadania, residência e direitos individuais.

Bottomore propõe como alternativa conceber um conjunto de direitos humanos para cada indivíduo na comunidade onde vive ou trabalha, independentemente das suas origens nacionais e da sua Cidadania formal. Na sua

opinião, a conflitualidade continuará a agudizar-se quanto mais se dê referência ao indivíduo e à empresa privada, já que isto implica a aceitação de um alto grau de desigualdade económica e social, mais além das economias mistas ou economias sociais de mercado que se coloquem.

Por fim, considera que o esquema geral de direitos humanos deve ser considerado à escala mundial, sobretudo no contexto das enormes desigualdades entre as nações ricas e as nações pobres, no campo das desigualdades étnicas e de género que coexistem com as de classe e, finalmente, considerando o papel histórico das classes (e seus conflitos) na extensão ou limitação do alcance dos direitos humanos. (idem)

I.1.8.2 CIDADANIA E IDENTIDADE

O volume da *International Review of Social History* coordenado por Charles Tilly, intitulado *Citizenship, Identity and Social History* (1996a), constitui um importante esforço para reexaminar os conceitos de Cidadania e identidade desde o ponto de vista da história social.

Os autores concebem a Cidadania como uma relação social suscetível de contínuas reinterpretações, dos quais serão comentados três trabalhos de maior interesse para esta dissertação, nomeadamente: Marc W. Steinberg, *The great End of All Government...: Working People's Construction of Citizenship Claims in Early Nineteenth Century England and the Matter of Class*; Bernhard Ebbinghaus, *The Siamese Twins: Citizenship Rights, Cleavage Formation, and Party-Union Relations in Western Europe*; e Miriam Cohen e Michael Hanagan, *Politics, Industrialization and Citizenship: Unemployment Policy in England, France and the United States, 1890-1959*.

Marc W. Steinberg, em *The great End of All Government...: Working People's Construction of Citizenship Claims in Early Nineteenth Century England and the Matter of Class* centra-se na análise do conceito de Cidadania que se formou a partir dos conflitos do século XIX.

Steinberg defende o papel da luta de classes no desenvolvimento da Cidadania e, para ele, o desenvolvimento irregular dos direitos dos cidadãos no século XIX deveu-

se em grande parte ao conflito da classe, patente nas lutas em torno da política estatal, da indústria e do trabalho. Além disso, a luta de classes interligou-se com uma concepção de gênero da propriedade e da independência, o que deu lugar a uma compreensão masculina da Cidadania.

Por último, a emergência de uma ideologia burguesa de direitos articulada com a economia política precipitou uma reação de classe dos trabalhadores quem, nas suas petições ao parlamento, se apropriaram desta linguagem combinando-a com elementos do nacionalismo emergente e do Constitucionalismo popular. O resultado, diz Steinberg, é que os trabalhadores formularam as suas exigências mediante uma linguagem de direitos e obrigações que os relacionava com o Estado, antecipando de alguma forma o movimento Cartista.

Bernhard Ebbinghaus, no artigo *The Siamese Twins: Citizenship Rights, Cleavage Formation, and Party-Union Relations in Western Europe*, centra-se nas relações dos sindicatos e os partidos laboristas europeus durante o século XX, com o objetivo de rever o processo marshalliano da transição da Cidadania política para a social. Para isso, distingue cinco modelos sindicais: o sindicalismo laborista, o solidário, o plural-segmentar, o plural-polarizado e o unitário inclusivo, e enfatiza a relação entre o aparecimento de certas instituições políticas, como o sufrágio masculino, e as fraturas sociais existentes num determinado país, integrando tanto as divisões económicas como as religiosas ou de outro tipo.

Por último, Miriam Cohen e Michael Hanagan, em *Politics, Industrialization and Citizenship: Unemployment Policy in England, France and the United States, 1890-1959*, comparam as diferentes trajetórias de França, Reino Unido e Estados Unidos no caminho para o Estado de Bem-Estar. Partem da relação entre os direitos dos cidadãos e o mercado, e a organização da produção e da crítica da análise de Marshall segundo a qual os direitos sociais surgiram devido a um consenso moral.

Para os autores, este tipo de direitos emergiu mais da divisão política, das mobilizações sociais e da rutura dos acordos políticos. Os autores consideram que estudando o mercado laboral e as lutas contra o desemprego se podem apreender os diferentes modelos de Cidadania social que se desenvolveram em Inglaterra, França e Estados Unidos e a originalidade deste trabalho radica na importância atribuída às

tendências migratórias nos diferentes países, que tiveram influência nos contingentes de mão-de-obra e, portanto, nas estratégias de patrões e trabalhadores referentes ao desemprego.

No artigo também são investigadas as ligações entre os direitos políticos e os sociais e afirma-se que os primeiros, como recursos que facilitam a mobilização social, foram centrais nas lutas pelos programas de desemprego. Contudo, os direitos políticos em si não explicam o desenvolvimento dos direitos sociais e, além disso, é necessário ter em conta os meios organizativos e as oportunidades políticas na hora de procurar explicações do estabelecimento de ditos programas.

I.1.8.3 A CIDADANIA ASSISTENCIAL

Para Marshall, os direitos de Cidadania emergiram como resultado da crescente oposição existente entre o capitalismo e igualdade, e, desde a mesma ótica, Reinhard Bendix (1964) considerou que a extensão da Cidadania se deveu ao conflito gerado pelas desigualdades de classe causadas pela industrialização.

Tanto Marshall como Bendix incluíram na sua análise a pressão sindical na explicação deste processo, mas o papel do conflito não se enfatizava de forma suficiente. Em consequência, Bryan Turner (1986) elaborou uma teoria do desenvolvimento de Cidadania centrada no protagonismo dos movimentos sociais, e, na mesma linha, Charles Tilly (1996b) estabeleceu que a Cidadania surgiu basicamente das lutas sociais que se produziram com o motivo da expansão do Estado e o desenvolvimento da atividade militar do mesmo. De acordo com esta teoria, a partir de 1750 o crescimento dos exércitos realizou-se mediante um maior recrutamento de soldados autóctones, o que alguns conflitos e resistências contra os impostos, o recrutamento e as requisições. Destas lutas e negociações emergiu a Cidadania, concebida como uma série de transações entre indivíduos e agentes de um Estado determinado.

No caso específico da Cidadania social, Michael Mann (1997) situa a emergência deste tipo de direitos no marco da expansão da esfera civil do Estado moderno. Desde o século XVIII até 1815 deu-se o primeiro desenvolvimento estatal

nos cinco países que analisa (Estados Unidos, França, Reino Unido, Áustria e Prússia) devido ao militarismo geopolítico.

A partir de 1870 começou o segundo grande desenvolvimento que afetou o tamanho e a esfera civil do Estado, que conservou o seu carácter militarista, mas adotou três novas funções: a extensão das infraestruturas de comunicação, a propriedade de certas infraestruturas e a integração das funções caritativas em programas de assistência gerais.

Para Mann, as infraestruturas estatais cresceram menos nas democracias de partidos (Estados Unidos, Reino Unido, França), onde os recursos económicos se colocaram à disposição do capital e houve muitas reticências à concessão da Cidadania social. No Reino Unido distinguiram-se os assuntos comerciais – que se deviam autorregular – das questões sociais (nas quais o Estado devia intervir). A moral vitoriana considerava que os problemas sociais geravam “corrupção”, pelo que a política começou a ocupar-se da Saúde pública e da educação, visando uma melhoria do capitalismo e do poder nacional.

As reformas não constituíam o que Marshall denomina de Cidadania social, a garantia da participação ativa dos Cidadãos na vida económica e social da nação. Para isso, teria sido necessária uma pressão muito maior da classe trabalhadora e uma mobilização massiva para a guerra, o que não aconteceu, segundo Mann, até 1914.

No caso de França e Estados Unidos a organização assistencial chegou com a mobilização massiva para a guerra e com as lutas armadas revolucionárias, que deram origem a um grande contingente de deficientes e viúvas de combatentes, para quem se criou o pagamento de uma gratificação.

Em França as pensões de veteranos e feridos eram, em 1813, de 13% da remuneração militar. Nos Estados Unidos, as gratificações por mutilação ou morte eram pagas desde 1780. Depois da Guerra Civil organizou-se um sistema de pensões para a velhice que beneficiava em 1900 metade dos varões anciãos e brancos. Em 1916 as pensões militares absorviam 43% do orçamento federal.

Os Estados Unidos tiveram o primeiro Estado assistencial, mas só para quem tinha demonstrado lealdade. Assim, França e Estados Unidos deram uma nova cor à

Cidadania, que os franceses definiram em ocasiões como *l'impôt du sang*. Isto constituiu uma Cidadania social seletiva e segmentar.

O maior gasto em assistência da época correspondeu à Alemanha, com o programa de segurança social de Bismarck. Este considerava que a luta de classes tinha debilitado os exércitos franceses em 1870, pelo que estabeleceu um sistema de segurança social que passou a absorver 10% do orçamento em 1880 e 30% em 1910. O objetivo era ajudar os trabalhadores a se protegerem da indigência e obter o apoio dos empresários.

Áustria imitou este sistema em 1885-87, mas com uma cobertura mínima. A legislação alemã previa pagamentos em casos menores de doença ou acidente e cobria algo mais da metade dos trabalhadores empregados. Garantia uma modesta pensão a partir dos 70 anos desde que o trabalhador tivesse trabalhado durante 300 dias anuais durante 48 anos.

O objetivo de Bismarck era controlar os trabalhadores mais qualificados e alheá-los do socialismo. Mas Bismarck não fez mais do que ampliar certas políticas características de algumas grandes indústrias, nas quais os industriais eram partidários das pensões de velhice e incapacidade e seguros de acidente. A escassez de fundos obrigou a adotar o autosseguro que era defendido pelos grandes empresários.

Por isto, a legislação de Bismarck não antecipou tanto o Estado assistencial como o sistema de empresas japonesas ou americanas dos finais do século XX, onde os trabalhadores que beneficiam dos mercados de trabalho das corporações interiores permanecem leais ao capitalismo e rejeitam o socialismo e os sindicatos. Tratava-se de institucionalizar o conflito de classe, como defende Marshall, mas só neutralizando a classe mediante organizações segmentares que vinculavam os trabalhadores privilegiados com os seus empresários e com o Estado.

Desta forma, os sistemas francês, americano e alemão, que mitigavam a pobreza, encarnavam também dois princípios: o direito do Cidadão-soldado (derivado da nação) e o seguro próprio (fomentado tanto pelas monarquias como pelo capitalismo de empresa).

Nenhum cobriu todos os Cidadãos, já que se tratavam de direitos seletivos e só estavam disponíveis para aqueles que proporcionavam recursos militares ou económicos decisivos para o regime e o capital. A intenção era reconduzir de forma a segmentar a consciência de classe para com o nacionalismo ou o seccionalismo.

Antes da Primeira Guerra Mundial muitos liberais britânicos, democratas americanos e radicais franceses vincularam o Estado assistencial aos impostos progressivos. O partido liberal de Lloyd George foi o único capaz de o legislar antes de 1914, unindo o esquema sindicalista e o das companhias privadas de seguros num sistema mais completo regulado pelo governo.

As vantagens ainda não chegavam a todos os Cidadãos, estavam restringidas a homens com emprego estável, mas o sistema progressivo de impostos sobre o rendimento, que permitia mitigar sistematicamente a pobreza de uns com a riqueza de outros, constituiu o primeiro reconhecimento da Cidadania social por parte estatal.

Foram três as condições fundamentais que estiveram na base dos diferentes sistemas: o desenvolvimento de classes baixas extensivas e políticas, a mobilização de uma assistência social massiva e o capitalismo das corporações. Quando persistiam os três, cabia a possibilidade daqueles direitos segmentais social-militares e segmentais de classe se transformarem numa Cidadania social e universal.

De um outro ponto de vista, a sociologia histórica interpretativa, Robert Castel realiza uma genealogia do conceito da questão social em França, partindo de uma consideração geral: as populações que são objeto de intervenções sociais “têm em comum o não poder assegurar as suas necessidades básicas porque não estão em condições de trabalhar” (Castel, 1997:29). Os trabalhadores passaram do trabalho tutelado ao livre acesso ao trabalho em finais do século XVIII, o que constituiu uma revolução jurídica de extrema importância, mas que teve como consequência a debilidade da condição trabalhista. Assim, a liberdade da empresa resultou na não proteção dos sectores trabalhadores e o Estado social foi construído como resposta a esta situação.

Quanto ao estabelecimento do Estado social, Castel afirma que o problema principal consistia em encontrar a forma de impor a ação do poder público num momento em que se excluía a intervenção sobre a propriedade e a economia.

Num primeiro momento, o debate desenvolveu-se desde 1848 até ao estabelecimento da III República e o desafio implicava “redefinir o que deve ser um coletivo de produtores para que constitua uma sociedade, repensar a natureza do direito para que pudesse regular algo mais que os contratos pessoais, e reconsiderar o conceito de propriedade para que assegurasse as proteções públicas sem contradizer os interesses privados” (Castel, 1997:269). Tratava-se de encontrar uma “terceira via” oposta tanto à solução moral conservadora-liberal, como à solução radical que pretendia a transformação do regime político.

No início do século desenvolveu-se o debate entre a tradicional assistência e o seguro, que implicava o reconhecimento de que a miséria se devia em parte à problemática do trabalho. Estava em jogo uma nova condição das funções do Estado, do direito e da propriedade.

Num primeiro momento o seguro não promovia uma segurança geral e Castel (1997:302) descreve a transição para uma cobertura asseguradora universal. Neste processo destacam-se as novas relações estabelecidas no início do século XX entre o trabalho, a segurança e a propriedade. “Segurança e trabalho ficarão substancialmente ligados, porque, numa sociedade que se reorganizava em torno do assalariado, era o estatuto atribuído ao trabalho o que gerava o homólogo moderno das proteções tradicionalmente asseguradas pela propriedade”. Para Castel, este constituiu o final de um longo percurso do qual somos atualmente herdeiros.

I.1.9 A CIDADANIA E A SAÚDE

Em Saúde, o tema da Cidadania assume particular destaque após o reconhecimento, em 1978, do “direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos seus cuidados de Saúde” (WHO e Unicef, 1978). Mas falar de Cidadania em Saúde presume um conjunto de conceitos, de atitudes e de ações a vários níveis.

O documento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), *Citizen as Partners*, descreve quatro ferramentas para o envolvimento do Cidadão na Saúde, que podem ser utilizadas na forma de recomendações, propostas políticas e cooperação entre a decisão política e a implementação, a saber:

- Constituição de grupos de trabalho de forma que se possa atuar publicamente e utilizar as oportunidades para envolver um leque mais alargado da população;
- Visão participativa através da combinação de instrumentos de participação e consulta para envolvimento dos Cidadãos numa discussão ativa sobre as opções políticas para que as suas opiniões sejam tomadas em conta aquando da formulação de políticas;
- Constituição de um fórum de Cidadãos através da ampla representação de representantes da sociedade civil em torno de uma área política específica ou problema de forma a deliberar e cooperar, desenvolver propostas de políticas, bem como envolver um maior número de Cidadãos;
- Desenvolvimento de processos de diálogo de forma a envolver diretamente um amplo grupo de Cidadãos na formulação de políticas em que as estruturas criadas podem também ser utilizadas para a participação ativa.¹⁶ (OECD, 2001:62-63)

Os conceitos de Cidadania em Saúde têm sido amplamente discutidos e têm evoluído ao longo das últimas décadas e hoje observa-se uma tendência para abordagens mais amplas do conceito de Cidadania em Saúde, em que se coloca o ónus no conceito de *empowerment*, o qual a OMS, em 1998, define como “um processo pelo qual os indivíduos ganham controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua Saúde (WHO, 1998: 6).

¹⁶ Em Portugal, este processo de diálogo em Saúde pode ser exemplificado com a realização do Fórum Nacional de Saúde, em que a 3ª e última edição decorreu em março de 2010 com o objetivo de debater com todos os sectores da sociedade as prioridades do PNS 2011-16 e a evolução do PNS 2004-2010.

Conforme refere Vítor Ramos, no artigo de opinião *Cidadania em Saúde: um modo de ver, de estar e de agir* (2010), num contributo dado ao primeiro número do *Boletim pensar Saúde*, a Cidadania em Saúde depende de aspetos comuns e específicos de acordo com os papéis que cada Cidadão assume a determinado momento, quer sejam de cariz político, de utilizador do serviço de Saúde, profissional de Saúde, gestor de serviços, fornecedor de bens e serviços ao sistema de Saúde.

Ramos identifica, neste âmbito, um conjunto de direitos-deveres essenciais, particularmente: o direito a ser reconhecido como indivíduo e o dever de reconhecer a mesma qualidade nos outros; o direito de respeito pela autonomia e dignidade e o dever de os respeitar em si e nos outros; o direito a ser informado e o dever de informar; o direito de receber cuidados de qualidade e rigor e o dever de retribuir na medida do seu alcance a si e aos outros; o direito a ter responsabilidade por parte dos serviços de Saúde e seus e profissionais e o dever de se comprometer por si e pelos outros naquilo que possa influenciar e controlar.

De acordo com Ramos, estes direitos-deveres retratam um quadro de referência para a Cidadania em Saúde assente em “5 r” – “reconhecimento, respeito, respostas adequadas, rigor e responsabilidade” – princípios que segundo o autor se aplicam a todos os Cidadãos.

Ou seja, se por um lado se espera que os serviços de Saúde e os seus profissionais devem procurar “reconhecer, respeitar e responder o melhor possível às necessidades e expectativas dos seus utilizadores” de forma a os “envolver e facilitar a sua participação”, por outro, compreende-se que cabe ao utilizador dos cuidados de Saúde “informar-se, capacitar-se, respeitar, cuidar e promover a sua própria Saúde”, ao que acrescenta que este, individualmente ou em grupo, deve exigir “participar e influenciar o desenvolvimento do seu sistema de Saúde” (idem).

No entanto, podemos identificar três importantes princípios do conceito de Cidadania em Saúde que ajudarão a identificar mecanismos a desenvolver para melhorar o sentimento de pertença a uma comunidade, que atribui direitos e deveres iguais a todos os Cidadãos, mais particularmente quando se refere ao direito à Saúde.

Com base no documento *Cidadania e Saúde. Um caminho a percorrer* (Ramos, Gonçalves, Cerqueira, 2010) apresentado para discussão da formulação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, identificam-se como princípios do conceito de Cidadania em Saúde: a literacia, capacitação e *empowerment* em Saúde (necessidade de desenvolvimento de programas de educação em Saúde para uma maior participação do Cidadão na sua Saúde); humanização (dos serviços, das relações entre os profissionais de Saúde e os utentes dos serviços, melhorar a comunicação médico-doente); o combate ao desperdício (no sentido em que apesar de existirem diversos projetos e programas que procuram melhorar o exercício da Cidadania em, estes encontram-se dispersos, sem qualquer estratégia que possibilite a sua integração).

Dito isto, reconhece-se que as reformas em Saúde que visam o Cidadão devem ser pensadas e vistas como um esforço a ter em conta no desenvolvimento de formação, educação e reforço da confiança do Cidadão nas suas capacidades. Trata-se de permitir que este sinta que seus direitos estão devidamente cumpridos e de relembrar o Cidadão de que este também tem deveres para com a sociedade.

A melhoria da literacia, tal como conclui o documento citado, é visto como “um projeto urgente, global e geracional”, com necessidade de intervenção dos diversos atores e setores (políticos, institucionais e civis) de forma integrada e estratégica, com visão para o futuro.

É pois, por isso, que Cidadania em Saúde, deve ser pensada como uma interação de interesses com um mesmo objetivo: “Criar condições para que o Cidadão, ou o doente em particular, se aproprie do seu legítimo espaço e assuma a suas responsabilidades” (Ramos, Gonçalves, Cerqueira, 2010:48).

CAPITULO II DO ESTADO PROVIDÊNCIA AO DIREITO À SAÚDE

II.1 O ESTADO PROVIDÊNCIA: PERCURSO HISTÓRICO

II.1.1 DO PODER À AUTOLEGITIMAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O conceito de Estado tem sido uma realidade que ao longo dos anos continua a suscitar paixões e debates na sua forma de caracterização. Além da análise ao conceito e evolução do Estado Providência interessa, porém, estabelecer um primeiro conceito, embora breve, sobre o Estado e a sua relação com o modelo do Estado Providência.

O Estado apresenta-se como uma estrutura de poder, uma forma de organização política histórica, mas não é o único sistema possível. Para Moreira (1979:20) o homem vive em sociedade, mas tal não significa que tenha “de viver numa sociedade política nem que o Estado é a sociedade política necessária”. Neste âmbito, o mesmo autor distingue duas formas de encarar o Estado: por um lado, refere o facto de alguns o considerarem dispensável por “não corresponde a qualquer necessidade humana fundamental”, princípio adotado pelas correntes anarquistas; por outro, aqueles que asseveram que o Estado é insubstituível por ser o “resultado do instinto”.

Contudo, Moreira (1979:21) sublinha ter existido um compromisso comum entre estas duas posições, adotado na política ocidental, garantindo que a organização política, identificada como Estado, é necessária por permitir a racionalização “dos meios para obter certos fins” interessantes para a sociedade.

A definição do papel que o Estado deve desempenhar tem constituído um debate fundamental: uns defendem que deve ter uma ação limitada (nas áreas da segurança, justiça e defesa), ao passo que outros lhe atribuem um papel mais interveniente, nomeadamente como garante de uma maior justiça social, assunto que será tratado no próximo ponto.

O Estado Providência apresenta-se como um modelo que legitima o intervencionismo estatal, fazendo com que a partir do momento em que o Estado Providência é implementado a autolegitimação do poder passa a basear-se nas políticas públicas.

II.1.2 O NASCIMENTO DA IGUALDADE SOCIAL

O Estado Providência surge no final da I Guerra Mundial como forma de superação das desigualdades sociais provocadas pelo Estado Liberal, tendo por base as suas premissas principais na questão da igualdade como determinante do conceito de justiça social.

A sua evolução data do final do século XIX e encontra-se ligada os conceitos de liberdade, propriedade, segurança e igualdade, os quais estavam na base do liberalismo, em conjunto com a ideia de que todas as relações laborais se deviam regular através de um contrato social.

Ou seja, o Estado deveria regular toda a atividade laboral “com base na liberdade contratual, da existência da propriedade dos meios de produção, segurança no exercício da atividade e sob o princípio da igualdade” (Caeiro, 2008:211).

II.1.2.1 O NASCIMENTO DA PROTEÇÃO SOCIAL

O Estado Providência foi o resultado de uma evolução lenta, que data desde o fim do século XIX.

Foi na Prússia, atual Alemanha, que teve a sua origem, pela mão do Chanceler Otto Bismark, através da criação dos primeiros programas de proteção social (implementados entre 1883 e 1889), os quais contemplavam seguros obrigatórios de doença, seguros de acidentes de trabalho, bem como seguros obrigatórios de velhice e invalidez (Mozzicafredo, 1994:17; Caeiro, 2008:33,215-218). Estes seguros tinham como principal objetivo a redução do risco e da insegurança decorrentes do desenvolvimento industrial e da modernização das sociedades.

No final do século XIX outros países da Europa criam políticas sociais, nomeadamente a Inglaterra que, em 1897, publica a primeira legislação sobre acidentes de trabalho pela aprovação do *Workmen's Compensation Act*, legislação que a França iria também introduzir em 1898. Nos Estados Unidos da América apenas em 1908 é feita a publicação do *Workmen's Compensation Law* (Graça, 2000). Estas leis,

apesar de bastante restritas quanto aos seus beneficiários, introduziram as primeiras preocupações sociais e lançaram as bases para a expansão do Estado Providência.

Além disso, a subida ao poder dos partidos social-democratas nos países nórdicos e de liberais e trabalhistas em Inglaterra favoreceram o desenvolvimento das políticas de proteção social nesses países nas primeiras duas décadas do século XX. Já nos Estados Unidos da América o *Social Security Act* de Roosevelt, em 1935, cria um sistema de segurança social para fazer face aos problemas sociais decorrentes da crise económica de 1929 (Caeiro, 2008:219). De forma semelhante, a França cria, em 1945, a segurança social.

No final da Segunda Guerra Mundial surge em Inglaterra a proposta de uma política social do Estado com o objetivo de prestar ajuda à família através de abonos, aplicar uma política de pleno emprego e criar o serviço nacional de Saúde inglês de acesso gratuito e financiado pelo Orçamento Geral do Estado, tudo para “libertar o indivíduo da necessidade”, em conformidade com aquilo que previa o relatório *Social Insurance and Allied Services*, publicado por William Beveridge ainda antes do final da guerra, em 1942 (Caeiro, 2008:223; Rosanvallon, 1984:114-116).

A adoção do Plano Beveridge é geralmente apontada como a origem política do Estado Providência enquanto sistema político de garantias sociais generalizadas e não apenas como um conjunto de políticas sociais separadas: “*The concept of the welfare state emerged in the post-World War II years*” (Esping-Andersen, 1994:712).

Em 1948, com Portugal como um dos países cofundadores, nasce a Organização Mundial de Saúde no âmbito da ONU, com o objetivo de estimular o debate internacional sobre Saúde e doença, bem como sobre políticas e sistemas de Saúde (Graça, 2000).

Com todos estes desenvolvimentos o Estado Providência “toma a forma de uma rede de mecanismos sociais de ‘seguro’ e redistribuição que tenta proteger os indivíduos de contingências que, em princípio, estariam para lá do seu controle” (Gouveia e Pereira, 1997:28). Um sistema com estas características é atrativo para as populações e se a isto se somar a democratização da maior parte dos países ocidentais, atendendo a que “a democracia aumentou a capacidade dos Cidadãos para

se organizarem e pedirem benefícios ao Estado” (della Porta, 2003:23), e a universalização do direito ao voto, compreendemos porque é que no pós-Segunda Guerra Mundial muitos países adotaram políticas sociais e desenvolveram as suas versões de Estado Providência.

A adoção da doutrina *keynesiana* segundo a qual cabe ao Estado, diretamente através da despesa pública ou indiretamente através da política fiscal e de crédito, fomentar o consumo e o investimento de forma a combater o desemprego e as disfuncionalidades do mercado, alargando ainda mais o papel intervencionista do Estado, contribuiu para incentivar a criação e expansão do Estado Providência pela Europa no período pós Segunda Guerra Mundial (Caeiro, 2008:218-223).

O princípio geral *keynesiano* baseia-se na ideia de relação entre desemprego e insuficiência de consumo e investimento, pelo que, quando há desemprego, defende que o Estado deve intervir para incentivar o consumo e o investimento (Caeiro, 2008:218-223). Uma das áreas indicadas pela teoria *keynesiana* como objeto dessa intervenção estatal é precisamente a das “políticas sociais de gastos públicos, destinadas tanto a compensar as disfuncionalidades do mercado, como a atuar na redistribuição do rendimento nacional, através de transferências monetárias, dos benefícios sociais e de assistência social e das políticas de qualificação e reconversão profissional” (Mozzicafredo, 1994:19).

Pode então afirmar-se que a noção de *welfare state* aparece efetivamente nas décadas de 40 e 50 do século XX, numa reação contra as políticas dos regimes fascistas antes da Segunda Grande Guerra Mundial e pela necessidade de reconstrução das economias europeias no pós-guerra (Caeiro, 2008:212). Neste âmbito, há que destacar quatro principais fenómenos dos quais resultou o Estado Providência, nomeadamente o ponto de vista económico, o crescimento económico europeu, o pleno emprego e a redistribuição do rendimento.

II.1.2.2 DA PROTEÇÃO SOCIAL AO DIREITO À SAÚDE

O novo modelo de Estado seria fundamental nas conceções político-sociais europeias. Segundo Caeiro (2008:213) o Estado Providência caracteriza-se por um

conjunto de atuações políticas propensas à garantia de bem-estar de todos os Cidadãos de uma nação, através da criação de condições para acesso a um conjunto de serviços mínimos que permitiam garantir a sua sobrevivência, sistematizados em quatro principais áreas: “Saúde, educação, pensões sociais e subsídio de desemprego”.

Sintetizando, o Estado Providência intervém de forma específica para a melhoria do bem-estar da população pela intervenção em quatro vertentes: as transferências de fundos públicos de um grupo social para o outro (pensões, por exemplo), os serviços públicos (Saúde, educação e assistência social, entre outros), as intervenções normativas (políticas públicas de âmbito ocupacional, ambiental ou de consumo) e as intervenções públicas (criação de emprego). A expansão do Estado Providência após o final da Segunda Guerra Mundial resultou das conceções de Bismarck e de Beveridge, da aplicação da teoria *keynesiana* e da pressão exercida pelas forças sindicais e políticas num contexto de democracia eleitoral.

O período entre 1945 e 1970 ficou marcado pelo sucesso deste modelo, nomeadamente porque aí se verificou a situação ideal: maior número de contribuintes do que de subsidiados, graças a uma conjuntura económica positiva, de acentuado crescimento e baixo desemprego, e demográfica, estável e com uma população jovem.

Ainda no século XIX surgiram em Portugal¹⁷ algumas redes informais de assistência, sendo de destacar o papel que as Misericórdias desempenharam desde muito cedo na assistência social, sobretudo no campo da Saúde (Gouveia e Pereira, 1997:28). Foi, contudo, em 1919 que se deu a criação dos seguros obrigatórios e a implementação de um sistema completo de segurança social ao nível dos países mais desenvolvidos nessa área (Pereira, 1999).

Durante o Estado Novo é importante salientar a criação, em 1935, dos Serviços de Previdência e de Proteção do Trabalho (Ferreira, 1990), também denominada de Previdência Social (Branco, 2002), bem como a criação do Ministério da Saúde e Assistência, em 1958 (Ferreira, 1990).

Só depois de 1975 é que se pode falar em Estado Providência em Portugal enquanto definição sistemática em que o Estado assume responsabilidade pelos

¹⁷ Sobre a história do Estado-Providência em Portugal: Antes de 1935: Pereira (1999). Entre 1935 a 1973: Pereirinha e Carolo (2006). Depois de 1974 (SNS): Ferreira (1990).

direitos universais de Cidadania, incluindo direitos económicos. Até essa data, existiram apenas um conjunto de políticas sociais, mas não um Estado Providência sistemático.¹⁸

II.1.3 DO ESTADO SOCIAL AO BEM-ESTAR DO CIDADÃO

Depois dos “gloriosos trinta anos” de crescimento económico do pós-Segunda Guerra Mundial, com a crise económica desencadeada pelo choque petrolífero de 1973 e com as economias do mundo ocidental a crescerem cada vez menos ao ano, os governos viram reduzida a margem que permitia dar resposta ao crescimento das despesas sociais. Começa-se então a ouvir falar da crise do Estado Providência e contesta-se o elevado grau da sua intervenção na sociedade e a sua incapacidade em responder aos novos problemas económicos, nomeadamente ao aumento abrupto da taxa de desemprego, ao aumento da inflação e à redução do crescimento (Caeiro, 2008:226).

Segundo Aguiar (2001), a crise do Estado Providência advém de um problema de escala porque um programa que é sustentável para um determinado número de pessoas e um determinado espaço de tempo deixa de o ser quando esse número ou esse tempo aumentam. Para este autor, o desejo de proteção, muito atrativo, confundiu-se com um direito, criando uma ilusão de segurança e esquecendo que esta e a proteção só são possíveis num espaço de tempo limitado ou para um universo limitado de beneficiários, ou seja, considera que se perdeu a noção da sustentabilidade.

A crise do Estado Providência abarca mais do que o desafio de equilibrar políticas de bem-estar social com orçamentos limitados. Segundo Pierre Rosanvallon, a verdadeira questão não é se existe um “impasse financeiro”, mas antes se “há um limite sociológico para o desenvolvimento do Estado Providência e para o grau de redistribuição que o seu financiamento implica” (Rosanvallon, 1984:13-15),

¹⁸ Mishra (1995: 113) considera enganador utilizar os termos “políticas sociais” e “Estado-Providência” como equivalentes: “a ‘Política Social’, parece-me, é um conceito genérico, enquanto o Estado-Providência tem uma conotação histórica (pós-guerra) e normativa (‘institucional’) bastante específica, que não podemos ignorar”.

defendendo que os problemas do Estado Providência devem ser prioritariamente analisados em termos sociológicos e políticos, pois uma mera análise económica e financeira não é esclarecedora. Também Mozzicafredo (1992:83) considera que a dimensão política do Estado Providência “está no centro da crise ou da redefinição do papel do Estado”.

Na década de 1970, a deterioração das condições económicas e o problema do financiamento puseram em evidência a fragilidade e a incapacidade da teoria *keynesiana* para resolver os novos problemas. Dessa forma conduziram ao descrédito do Estado Providência e ao fim do consenso que se gerara em torno deste modelo no final da Segunda Guerra Mundial, transformando a crise do Estado Providência numa crise de legitimidade (Caeiro, 2008: 226-234) e provocando algum esmorecimento no apoio aos regimes mais redistributivos. Surgem, neste contexto, correntes neoliberais que criticam a intervenção do Estado, quer na gestão da economia, quer no financiamento dos serviços sociais, defendendo que o melhor meio de regulação económica e social é o mercado e que o Estado deve restringir a sua ação às funções de segurança (Caeiro, 2008:226-234).

Como consequência, países como os EUA, com Reagan, e o Reino Unido, com Thatcher, reduziram a intervenção económica e social do Estado,¹⁹ enquanto os países nórdicos decidiram manter o seu modelo de Estado Providência. Ninguém é absolutamente bem-sucedido e surgem teses de irreversibilidade do Estado Providência, defendendo que a existência de instituições democráticas e de competição eleitoral inviabilizam o fim dos serviços públicos e, por inerência, do Estado Providência (Mishra, 1995:36).

Esping-Andersen considera que as mudanças que se verificaram na estrutura do emprego e da família “estão a criar novas oportunidades mas também novos riscos e necessidades sociais” (Esping-Andersen, 2000:80). Assim, o desafio que se coloca ao Estado Providência é o de repensar a política social para que o mercado de trabalho e

¹⁹ Mishra (1995) sintetiza a forma como procedem a essa redução do Estado. A política da nova direita baseia-se em impostos mais baixos e serviços públicos mais degradados, promovendo a separação da sociedade em duas “nações”: aqueles que têm emprego e, pagando menos impostos, podem recorrer aos privados e os que, não tendo essa possibilidade, se sujeitam aos serviços sociais degradados.

as famílias voltem a ser “fatores de otimização da proteção social” (Esping-Andersen, 2000:81).

Caeiro (2008:240) pondera sobre a crise do Estado Providência e sugere que a questão atualmente reside no papel do Estado e de como devem os Cidadãos “serem responsabilizados em maior ou menos grau pelo seu bem-estar e pelo bem-estar de todos”, isto é, quem e como deve ser efetivamente responsável pelo bem-estar social.

E conclui que da resposta a esta pergunta resultará, então, o “aperfeiçoamento ou queda do modelo de Estado Providência, a determinação das políticas públicas e das políticas sociais” e de “como e com quem se definirá o bem-estar dos Cidadãos” (Caeiro, 2008:240).

II.2 A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Os modelos de sistemas de Saúde que hoje existem nos países da OCDE são o resultado das escolhas tomadas pelos governos para dar resposta a objetivos sociais, nomeadamente melhores níveis de Saúde.

Os sistemas organizados de Saúde surgiram no final do século XIX com a revolução industrial associados a diversos fatores.

Em primeiro lugar, as perdas de produtividade de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho, mas também de doenças transmissíveis (paludismo e febre amarela, por exemplo), preocuparam governos e empregadores. Surgiu então a necessidade de providenciar cuidados de Saúde tendo em vista travar a perda de produtividade devido à doença.

Em segundo lugar, o cenário de guerra, em que os soldados morriam vítimas de doenças mais do que por balas, impeliu limitar o impacto das doenças no cenário militar.

Em terceiro lugar Otto von Bismarck lança, em 1883, o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado, ao fazer publicar a primeira lei que obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença a favor dos trabalhadores. Estas medidas de Bismarck estenderam-se não só a vários países

européus (Bélgica, Noruega), mas também aos Estados Unidos da América (WHO, 2000).

Assim, deveremos ter como base dois modelos fundamentais: Bismarck e Beveridge.

II.2.1 DA DOENÇA AO SEGURO SOCIAL

Em 1883 é publicada a primeira lei no domínio do seguro de doença, a qual permitiu a criação e desenvolvimento das caixas de previdência livres em que os patrões eram responsáveis pelo pagamento de dois terços da quotização enquanto os trabalhadores contribuíam com um terço.

Otto von Bismarck cria, desta forma, os seguros sociais obrigatórios. Esta lei permitiu que o trabalhador pudesse usufruir de tratamentos gratuitos e de uma indemnização diária igual a metade do salário regional em caso de doença ou invalidez superior a 13 dias.

Em 1884 é publicada a segunda lei no âmbito do seguro de acidentes, a qual possibilitou o acesso a cuidados de Saúde gratuitos por parte do trabalhador a partir da décima quarta semana de invalidez e a um subsídio durante o tempo de incapacidade igual a dois terços do seu salário caso se verificasse incapacidade total.

Caso o trabalhador falecesse, até 60% do seu rendimento seria atribuído à viúva, filhos e pais idosos, sendo que o custo da reforma era totalmente suportado pelo empregador.

A terceira e última lei foi publicada em 1889 era referente ao seguro de velhice-invalidez (aos 70 anos), sendo que a primeira retribuição (reforma) presumia a existência de 30 anos de descontos e a retribuição de invalidez supunha cinco anos.

Neste caso, o financiamento era dividido entre trabalhadores, empregadores e Estado (Halevi, 1975:207-213).

O seguinte quadro esquematiza os seguros sociais obrigatórios de Bismarck.

	Seguro de Saúde (1883)	Seguro de acidentes (1884)	Seguro de velhice e invalidez
Beneficiários	Trabalhadores, excluindo a família (incluída a partir de 1909)	Trabalhadores	Trabalhadores, empregados com rendimentos até 2000 marcos <i>per capita</i> não incluindo a família
Benefícios	Tratamento médico gratuito, subsídio de doença em caso de incapacidade para o trabalho até $\frac{1}{2}$ do salário	Custos do tratamento médico; subsídio em caso de incapacidade temporária; pensões em caso de incapacidade temporária	Pensões de invalidez no caso de incapacidade permanente ou de duração maior que um ano; pensões de velhice depois dos 70 anos
Duração	Subsídio de doença pago durante 13 semanas (26 a partir de 1913)	Tratamento médico e pensões durante 14 semanas	Pensões de invalidez: cinco anos de contribuição como período de espera; pensão de velhice: 20 anos de contribuições
Contribuintes	2/3 pelo segurado e 1/3 (ou mais) pela entidade patronal	Empregadores	Metade pelo trabalho e outra metade pelo patrão; contribuição do estado de 50 marcos (por pensão <i>per capita</i>)
Instituições de apoio	Fundamentalmente: fundos de seguros locais ou autoadministrados	Associações patronais subdivididas por sectores industriais	Instituições públicas, regionais, de seguros

Tabela 2 - seguros sociais obrigatórios de Bismarck.

II.2.2 DAS BASES AO MODELO UNIVERSAL DE SAÚDE

Com o rebentar da Segunda Guerra Mundial muitas das estruturas de Saúde existentes foram destruídas e deu lugar a um reposicionamento do papel do Estado no que diz respeito à prestação dos cuidados de Saúde, através dos ensinamentos da sua organização em tempo bélico.

Exemplo disso será o sentimento de solidariedade gerado no seio do povo britânico que conduziu à defesa de políticas igualitárias com a aceitação da intervenção do Estado, bem como à vitória do Partido Trabalhista em 1945. Porém, esta (nova) organização dos cuidados de Saúde decorria já desde 1941, altura em que foram criadas as bases para um serviço nacional de Saúde para toda a população.

O Relatório de Beveridge foi publicado em 1942 e definiu os serviços de Saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. Com este relatório nasceu a premissa de um Serviço Nacional de Saúde como um sistema universal (para toda a população), unificado (a quotização cobre o Cidadão em relação a todos os aspetos do risco social) e uniforme (as prestações são independentes do rendimento auferido).

Com a publicação, em 1944, do Livro Branco (Simões, 2009:32) há já as premissas de equidade e gratuidade aos cuidados de Saúde, assegurando o acesso igualitário para toda a população, independentemente da sua raça, idade, sexo ou profissão.

Após o estabelecimento destes princípios, dá-se a criação, em 1948, do *National Health Service* e coloca-se um fim à discussão iniciada seis anos antes com a publicação do Relatório Beveridge. Esta lei será a inspiração para a organização da prestação de cuidados de Saúde noutros países e assenta em cinco aspetos fundamentais: (1) Gratuidade dos serviços de Saúde prestados ao Cidadão; (2) Promoção da Saúde em que o Estado é o principal responsável pela prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças; (3) Universalidade, ou seja, o Estado é garante da prestação dos cuidados de Saúde para toda a população; (4) Igualdade na qualidade dos serviços prestados à população; (5) Autonomia clínica, ou seja, a utilização de ferramentas tecnologicamente modernas para benefício da população, em que os

médicos seriam livres de referenciar os seus doentes e de prescrever tratamentos sem qualquer interferência de organismos administrativos.

II.2.3 DE INGLATERRA PARA PORTUGAL: INFLUÊNCIAS

Os sistemas de Saúde hoje vigentes têm influências diretas destes dois modelos abordados. Ou através da obrigação de descontos para seguro de Saúde, quer para os trabalhadores, quer para a empresa, num sistema onde coexistem prestadores públicos e privados (modelo Bismarckiano), ou através de um sistema assente num financiamento obtido pelas receitas fiscais (impostos) e com prestadores públicos de cuidados de Saúde (modelo Beveridgiano).

O Serviço Nacional de Saúde português passou de um modelo de organização bismarckiano para um modelo beveridgiano, o qual tem no centro da atribuição da titularidade dos direitos o Cidadão e não o trabalhador. Contudo, podemos afirmar que o SNS é um modelo misto ao consagrar a combinação de prestação e financiamento quer públicos, quer privados. Interessa então classificar os tipos de financiamento e de prestação dos cuidados de Saúde.

II.2.3.1 O FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Nos países da OCDE existem três tipos de modelos de financiamento dos cuidados de Saúde: sistema de seguro privado, sistema de seguro social e o sistema de financiamento por impostos.

Segundo Simões e Dias (2010:85) coexistem em Portugal três sistemas de Saúde que são sobreponíveis: o SNS, os subsistemas de Saúde público e privados, os seguros voluntários de Saúde. Sistemas de Saúde que António Arnaut (2009:27) em dezembro de 1978, aquando da apresentação do Projeto-lei de Bases do SNS na Assembleia da República, classificou como modelos estatizado, liberal ou misto.

No sistema de seguro privado o financiamento é feito de acordo com as características do risco, em que os privados completam as respostas públicas (Simões, 2009:34). Ou seja, a subscrição de um seguro privado serve para cofinanciar o sistema

público de forma que a população subscritora possa ter acesso a melhores cuidados de Saúde ou encontrar respostas na prestação de cuidados que não estão contemplados pelo seguro público.

O sistema de seguro social assenta no financiamento através de caixas de seguro-doença, com gestão de entidades sociais e supervisionadas por organismos públicos. São seguradoras sociais que têm por objetivo realizar uma avaliação dos riscos com atribuição dos prémios em função dos rendimentos que os Cidadãos auferem. Estes seguros, regra geral, organizam-se em torno de uma profissão, sector de atividade, uma religião ou geograficamente.

Por último, o sistema de financiamento por impostos pode ser organizado de duas formas: financiamento e prestação a cargo de um organismo público por sua vez financiado por verbas expressas no Orçamento de Estado, ou em que a prestação de cuidados é efetuada por serviços estatais ou privados, estes contratados por fundos públicos autónomos.

II.2.4 OS DESAFIOS DA EVOLUÇÃO

A evolução do Serviço Nacional de Saúde pode ser dividida em duas grandes fases, conforme identificadas no Relatório de Primavera de 2002 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002:11-17).

A primeira, de 1970 a 1985, titulada como “o SNS e a expansão do sistema de Saúde”, compreende a reforma de 1971²⁰, a Lei do SNS de 1979 e a implementação da carreira médica de clínica geral e familiar.

A segunda, a partir de 1985, é apresentada como “o desafio de qualificação do sistema de Saúde” e que inclui dois ciclos: um primeiro ciclo com dez anos de duração (1985 a 1995) e um segundo ciclo com seis anos de duração (1996-2002). O primeiro ciclo ficou marcado pela discussão da alteração da fronteira público-privado a favor do privado (Lei de Bases de 1990), sem, contudo, afetar negativamente as medidas destinadas a melhorar o SNS, com um primeiro-ministro, três governos de duração

²⁰ Conhecida por a “reforma de Gonçalves Ferreira” que incluiu os estabelecimentos dos centros de saúde

decrecente, orientações contrastantes e resultados limitados. O segundo teve como objetivos a reforma do SNS, sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado, com um primeiro-ministro, três governos de duração decrescente e também orientações contrastantes e resultados limitados (idem:10).

A evolução do SNS sofre ainda uma terceira fase iniciada a partir de 2002 com a reforma da Saúde nos hospitais, assistindo-se a um crescendo da necessidade de alteração da estrutura de gestão dos hospitais, de existência de maior flexibilidade na gestão e de integração das decisões clínicas e assistenciais com as decisões económico-financeiras. Uma reforma estrutural da Saúde marcada pela implementação de três novas medidas: a criação os hospitais SA (que mais tarde passaram a ter o estatuto EPE), a criação das parcerias público-privadas para construção de 10 novos hospitais e a modernização da gestão do restante sector hospitalar público (Sector Público Administrativo – SPA).

II.2.5 DA GRATUITIDADE AO ACESSO TENDENCIONALMENTE GRATUITO

Constitucionalmente garantiu-se, em 1979, o igual acesso aos cuidados de Saúde em que a garantia de financiamento pesava unicamente nas contas do Estado (gratuidade). A Lei nº 56/79, de 15 de setembro, cria o SNS e prevê a prestação de cuidados de Saúde a toda a população, independentemente da sua condição socioeconómica, sendo da responsabilidade do Estado o financiamento dos mesmos.

Mas o modelo entretanto criado e a garantia de gratuidade foram foco de atenção, inclusive com uma tentativa de revogação: o artigo 17º do Decreto-Lei nº254/82, de 29 de junho, da responsabilidade do VIII Governo Constitucional. Porém, foi considerado inconstitucional, a 11 de abril de 1984, pelo acórdão nº 39/84 do Tribunal Constitucional, por violar o previsto na consignação do direito à Saúde na Constituição de 1976. Ou seja, por violar a obrigatoriedade de criar e manter um SNS universal, geral e gratuito, uma vez que revogava o sistema existente sem criar outro alternativo. Iniciou-se então a discussão em torno do SNS.

Na II Revisão Constitucional de 1989 a gratuidade do acesso ao SNS prevista em 1976 foi alterada, passando a constar do texto a expressão “tendencialmente

gratuito”, “tendo em conta as condições económicas e sociais dos Cidadãos” (Constituição da República Portuguesa, 2005, artigo 64º). Esta proposta de alteração foi controversa e deu origem a discussões no seio da Assembleia da República aquando da discussão da revisão constitucional dos artigos 64º a 76º²¹, dado que a palavra “tendencialmente” alterou o direito à Saúde gratuito para passar a garantir um acesso tendencialmente gratuito dos Cidadãos aos cuidados de Saúde.

II.2.6 DE UM ESTADO PRESTADOR PARA CONTRATUALIZADOR

Numa análise estratégica pode considerar-se que a publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, teve como objetivo alargar o mercado de prestação de cuidados de Saúde, com a introdução de experiências de gestão com regras próximas dos princípios concorrenciais. Tal processo iniciou-se com a publicação da Lei 48/90, de 24 de agosto, alterada posteriormente pela Lei 27/2002, de 8 de novembro, a qual alterou o estatuto dos profissionais de Saúde, a forma de financiamento do SNS e prevê a criação de unidades de Saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Iniciou-se o processo de entrega da gestão de hospitais públicos a entidades privadas, ao criar a separação de prestador e financiador dos cuidados de Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto, alterada pela Lei 27/2002, de 8 de novembro).

Em 1993 foi publicado o Decreto-Lei que criou o Estatuto do SNS (Decreto-Lei 11/93, de 15 de janeiro) e que estabeleceu os moldes de entrega a outras entidades da gestão de instituições e serviços do SNS e definiu as regras para elaboração dos contratos de gestão (entrega da gestão a entidades privadas) e de convenção (no caso de se tratar de um grupo privado de médicos).

Em dezembro de 2002 foram publicados 31 Decretos-Lei²² que transformaram 31 unidades hospitalares em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, que dão tradução ao referido na Lei 27/2002.

²¹ Para aceder ao diário de discussão do artigo 64º da CRP pode consultar-se online o diário desta reunião plenária a partir de http://debates.parlamento.pt/page.aspx?cid=r3.dar_s2rc

²² Decretos-Lei 272/2002 a 281/2002, de 9 de dezembro; Decretos-Lei 282/2002 a 292/2002 de 10 de dezembro; Decretos-Lei 293/2002 a 302/2002, de 11 de dezembro.

Foi iniciado um período de transição entre o Estado Providência (Estado prestador, em que este é responsável pelo cumprimento de um conjunto de direitos sociais através da transferência de rendimentos e da prestação de serviços previstos para a concretização dos direitos definidos) para um Estado contratualizador (opta por entregar a prestação dos cuidados de Saúde a entidades privadas através da contratação, introduzindo o princípio de mercado pela seleção do Estado das entidades prestadoras a contratar).

Porém, o Estado contratualizador implica a sua responsabilização pela regulação da prestação, pela imposição de regras à entidade prestadora com o propósito de salvaguardar a satisfação dos direitos dos beneficiários. O tema da regulação será tratado mais à frente, particularmente no que respeita à criação da Entidade Reguladora da Saúde.

CAPITULO III O CIDADÃO NO CENTRO DA MUDANÇA

III.1 REFORMAR PARA MELHORAR

Uma reforma “implica necessariamente uma alteração, uma mudança do *status quo*, visando, pelo menos teoricamente, uma melhoria” (Cabral, 2010:41-64). Olhando para o setor da Saúde e para a sua evolução ao longo dos anos, são vários os problemas identificados, passíveis da aplicação de reformas ou de medidas reformistas.

Ana Paula Cabral enuncia o acesso aos cuidados de Saúde, a qualidade dos cuidados, a ineficiência e o crescimento da despesa como as principais dificuldades no setor da Saúde, e sublinha que as múltiplas alterações sentidas no sistema de Saúde em Portugal se começaram a fazer notar mais vincadamente a partir de 2002 (idem:50).

De facto, as reformas na Saúde foram uma constante desde os primeiros passos que antecederam a publicação, em 1979, da Lei do Serviço Nacional de Saúde até aos dias de hoje. Para compreender as reformas aplicadas, é necessário avaliar a conjuntura dos diversos contextos que impuseram reestruturações ou adaptações da política.

Vale a pena analisar, de forma sucinta, seis fases nas políticas de Saúde, desde 1974 até aos dias de hoje. Simões e Dias (2010:178) identificam uma primeira fase no período que decorre desde a revolução de 1974 até ao final da década de 70, a qual caracterizam como “fase otimista e de consolidação normativa do Serviço Nacional de Saúde”. Foi neste período que se deram os primeiros grandes passos para a publicação da Lei do Serviço Nacional de Saúde, em 1979, que veio regular o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa que consagrava o direito à proteção da Saúde através da “criação de um serviço nacional de Saúde universal, geral e gratuito”.

De acordo com os autores, a segunda fase, no início dos anos 80, ficou marcada pela possibilidade de existência de um modelo alternativo ao SNS, após suspensão por parte do Governo da Aliança Democrática de alguns diplomas que tinham sido publicados em 1979 e ainda pela intenção de revogar a Lei nº 56/79.

O período entre 1985 a 1995 é caracterizado como o de tentativa de aproximação ao mercado (Simões, Dias; 2010:180), durante o qual foi efetuada a alteração do artigo 64º da CRP no qual se passou a ler que a o serviço nacional de Saúde é tendencialmente gratuito, além da nova redação dada ao segundo número que passou a ser “socialização dos custos médicos e medicamentosos” ao invés de “socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”.

A quarta fase, compreendendo os anos entre 1995 e 2002, é identificada pelos autores como “o retomar ideológico do SNS, com o abandono doutrinal do princípio de ‘mais mercado’ no sistema de Saúde (Simões e Dias, 2010:181). Foi neste período que foi apresentado o documento “Saúde, um compromisso. A estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)” que originou, mais tarde, a publicação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (a ser abordado no ponto III.1.3).

Do documento estratégico fazem parte três princípios que têm como objetivo a definição de uma nova política interrelacionada com o “reforço da componente pública do sistema”: contratualização (entendida como uma nova relação entre os atores da saúde); nova administração pública de saúde (através da reforma gestacional dos cuidados de Saúde primários e hospitalares); a relação entre a remuneração e o desempenho dos profissionais de Saúde.

Foi ainda neste período que se deu lugar à substituição do modelo público integrado por um modelo de contratualização, à instalação do Regime Remuneratório Experimental (que tinha por base incentivar a produção e a satisfação dos médicos de família interligadas com as condições do desempenho profissional), a criação de agências de contratualização para um maior controlo das unidades de Saúde, a adoção de regras privadas nos hospitais com manutenção pública do seu estatuto e gestão.

A quinta fase é atribuída a um período de três anos, de 2002 a 2005, no qual Luís Filipe Pereira dá início ao que denomina de Reforma Estrutural da Saúde, cujas medidas serão aprofundadas no ponto III.1.2.. Porém, tratou-se de uma etapa assente na ideia de “complementaridade entre o setor público, setor social e o setor privado” (idem: 182).

A sexta e última fase identificada pelos autores respeita ao período entre 2005 e 2009 que mencionam como a procura de “uma combinação da referência ideológica do SNS e ganhos de eficiência no âmbito do próprio SNS” (idem:184). Neste estágio é dada atenção à rede de cuidados de Saúde primários com a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e adota-se um novo estatuto legal hospitalar que passam de sociedades anónimas de capitais públicos para entidades públicas empresariais (EPE) como forma de afastar a ideia de privatização.

Nos pontos seguintes desta dissertação serão abordadas com maior profundidade as quintas e sextas fases acima referidas, estendendo-se a análise até 2012, naquela que se pode entender como a sétima etapa nas políticas de Saúde em Portugal, com início em 2011.

III.1.1 ENTRE A CIDADANIA SOCIAL EM SAÚDE E A SUSTENTABILIDADE

Palavras-chave como eficiência, responsabilidade social e individual, equidade, liberdade de escolha, direitos dos utentes estão bem presentes na memória de todos os que se interessam pelas questões da Saúde, em particular no que respeita às políticas.

Surge a questão da Cidadania e da sua relação com as reformas de Saúde, em que se utiliza o chavão de que o Serviço Nacional de Saúde tem de ser um sistema preocupado com os seus utentes, tendo no seu fulcro os Cidadãos. E, a ser verdade a afirmação anterior, as reformas implementadas têm em vista um SNS mais eficiente, com prestação de mais e melhores cuidados de Saúde, com o mesmo esforço financeiro. Ou seja, a melhoria da Cidadania social em Saúde em detrimento das questões financeiras e de sustentabilidade do SNS.

Eugénio Rosa, mencionado por Ana Paula Cabral (2010:61), afirma que o SNS é sustentável dado que o seu objetivo não é o lucro e que a sua sustentabilidade deve ser analisada nas perspetivas da eficácia, eficiência e responsabilização. Se a questão da eficácia se relaciona com questões de equidade, universalidade e melhorias na Saúde populacional, a eficiência reflete uma correta utilização de recursos tendo em vista o equilíbrio económico. Por fim, entende-se por responsabilização a persecução

dos objetivos, bem como a atribuição de responsabilidade pelas ineficiências observadas.

Seguir-se-á uma análise aos objetivos estratégicos em Saúde inscritos nos diferentes Programas dos Governos Constitucionais, bem como uma referência a algumas medidas entretanto implementadas na última década.

III.1.2 OS PRIMEIROS PASSOS DA REFORMA ESTRUTURAL

Quando o XV Governo Constitucional toma posse, a 6 de abril de 2002, o então empossado ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, encontrou um SNS fragilizado, que necessitava urgentemente de uma reforma estrutural (Pereira, L.F., 2005).

Os problemas, conforme refere na obra *A reforma estrutural da Saúde e a visão estratégica para o futuro*, eram, naquela data, atribuídas à ineficiência, ineficácia e ausência de responsabilização na (in)sustentabilidade do SNS.

Particularmente, Luís Filipe Pereira refere a baixa produtividade, a deficiente articulação das áreas do setor da Saúde, a inexistência de planeamento e de estratégia quer no que respeita à prevenção da doença como na sua promoção; listas de espera que no caso da cirurgia apresentavam um tempo médio de cinco anos e meio; dificuldade no acesso aos cuidados de Saúde; os elevados gastos com medicamentos e uma baixíssima prescrição de genéricos; o facto de muitos portugueses não terem médico de família acrescido do elevado tempo médio de espera para consultas nos centros de Saúde; deficiências na equidade nomeadamente a baixa cobertura do território em termos de emergência médica e a ausência de unidades especializadas de tratamento; o aumento dos custos hospitalares e redução dos níveis de produção; o contínuo aumento das despesas e dos custos totais do SNS; uma deficitária organização dos profissionais pelo território português e baixo número de novas vagas para especialidades médicas; ausência de avaliação objetiva dos profissionais de Saúde; sistemas de informação ineficientes (Pereira, L.F., 2005:7-13).

Em suma, podemos afirmar que Portugal era, em 2002, um dos países europeus com uma maior despesa relativa em Saúde, mas com uma elevada manifestação de insatisfação dos utentes, com um dos mais baixos índices de satisfação da União

Europeia devido à reduzida qualidade do SNS e das dificuldades ao seu acesso (Pereira, L.F., 2005:15-18).

Por entre as causas que conduziram aos problemas indicados, Luís Filipe Pereira aponta a ausência de visão estratégica e de um projeto de mudança que colocasse o Cidadão como o centro do sistema de Saúde, a deficiente organização do SNS e primazia dada aos prestadores de Saúde em detrimento dos interesses da população, a ausência de responsabilização na inexistência de alternativas no acesso aos cuidados de Saúde, a incapacidade de avaliação de desempenho dos profissionais de Saúde, a ausência de apenas uma cultura organizacional partilhada por todos os elementos das organizações, a deficiente perceção da necessidade de utilização criteriosa e rigorosa dos recursos e a limitada liberdade de escolha da população no acesso aos cuidados (Pereira, L.F., 2005:13-14).

De todos os problemas expostos, Luís Filipe Pereira enuncia três principais vetores que identificam os desafios que o SNS enfrentava em 2002: pressão para captura de ganhos em Saúde, insatisfação dos utentes e a ineficiência dos recursos (Pereira, L.F., 2005:16).

Para inverter este cenário com objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar a acessibilidade e a liberdade de escolha e, por fim, maximizar a eficiência e controlar a despesa total como combate ao desperdício, o então ministro da Saúde deu início à reforma estrutural da Saúde com a finalidade de “reformular o sistema de Saúde em Portugal colocando o Cidadão como referencial último de atuação e facultando à população cuidados de Saúde de qualidade, em tempo útil, com eficácia e humanidade” (Pereira, L.F., 2005:18).

Nos programas do XV e XVI Governos Constitucionais afirma-se a necessidade de construção de um sistema nacional de Saúde misto, combinado e interligado, onde coexistam entidades públicas, privadas e sociais, que atuem em rede, de modo interligado e orientado para as necessidades dos utentes (Programa do XV Governo Constitucional, 2002:147-157 e Programa do XVI Governo Constitucional, 2004:121-134.)

Como estratégia, dá-se a criação da Entidade Reguladora da Saúde, entidade que tinha como desafio uma mudança de um SNS fechado – em que o único ator era o Estado e regulamentado por decretos e portarias – para um modelo aberto – com coexistência de iniciativas públicas, privadas e sociais – reguladas pelo novo organismo independente e responsabilidades autónomas no que respeita à equidade, acessibilidade, qualidade e direito dos utentes. Ainda inseridas na estratégia da reforma estrutural, encontrava-se contemplada a criação de redes nacionais, as quais englobavam os cuidados primários, os hospitalares e os continuados.

No âmbito desta reforma estrutural, foram tomadas algumas medidas que vieram alterar o panorama da Saúde em Portugal, algumas das quais com consequências que vigoram nos dias de hoje (parcerias público-privadas, por exemplo).

Ao nível hospitalar, foi delineada a Lei da Gestão Hospitalar (criação dos hospitais SA e SPA) e a empresarialização de 34 hospitais em 31 hospitais SA, bem como a reestruturação dos hospitais universitários e a reorganização das urgências, particularmente no que respeita aos grandes hospitais dos centros urbanos, a adoção de um novo modelo de parcerias público-privadas com consequente desenvolvimento de novas unidades hospitalares com regime de parcerias público-privadas (PPP).

Foram também tomadas medidas para a criação das redes nacionais de cuidados primários (Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril) e de cuidados continuados (Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de novembro) e, no combate e controlo das listas de espera, foram criados um programa de choque (Programa de Combate às Listas de Espera Cirúrgica – PECLEC) e um Sistema Integrado de Gestão dos Inscritos (SIGIC) que tinha por missão garantir a realização das cirurgias num tempo clinicamente aceitável.

Em resumo, as estratégias usadas para a reforma estrutural da Saúde incidiram numa influência do modelo de *New Public Management* e na criação da Entidade Reguladora da Saúde, que a seguir se apresentam.

III.1.2.1 *NEW PUBLIC MANAGEMENT*

As reformas da Saúde têm sido largamente influenciadas pelo *New Public Management* (NPM), um movimento de gestão pública que ao propor serviços

públicos centrados (ou recentrados) no Cidadão como cliente do SNS teve implicações no domínio da Saúde, ao nível das entidades prestadoras de cuidados.

As principais medidas relativamente à Reforma da Administração Pública começam a desenhar-se nos finais dos anos 70, do século XX ligadas à crise económica resultante do choque petrolífero e à influência de políticas neoliberais nos países de expressão anglo-saxónica, liderados por Reagan²³ e Thatcher²⁴. Com o crescimento desta filosofia neoliberal, que defende a diminuição do Estado e a abertura à iniciativa privada, reconhecendo benefícios à lógica de mercado, surge nos anos 1980 uma nova filosofia de gestão do sector público, denominada *New Public Management*. Esta corrente defende a introdução de uma lógica de mercado na gestão do sector público, com o objetivo de promover o aumento da eficiência sem desvirtuar os objetivos públicos.

Conforme refere Jorge Simões: “O conceito de *New Public Management* aparecido na década de oitenta do século vinte procura substituir a gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial e caracteriza-se pela profissionalização e autonomia de gestão, pela explicitação das medidas de desempenho, pela ênfase nos resultados e na eficiência, pela liberdade de escolha do consumidor, pela fragmentação das grandes unidades administrativas, pela competição entre unidades, pela adoção de estilos de gestão empresarial.” (2009:232).

A reforma e a privatização passam então a andar de mãos dadas. Esta associação é fácil de germinar quando os impostos apertam e se vê na privatização a miragem para a diminuição dos preços dos serviços e a melhoria da qualidade. A ideia de “cliente” do serviço público passa a comandar todas as decisões neste campo, esquecendo-se os diferentes papéis dos utentes dos serviços e, bem assim, os prestadores dos mesmos.

As principais características da nova gestão pública assentam na tónica da utilização dos métodos do sector privado, com a introdução de fatores de concorrência na Administração Pública, a ênfase na racionalidade económica e a valorização dos resultados obtidos.

²³ Eleição de Ronald Reagan nos EUA, em 1981.

²⁴ Vitória do Partido Conservador, na Grã-Bretanha, em 1979.

Esta nova realidade implicou a necessidade de adoção de mecanismos de regulação e instrumentos de responsabilização nos sistemas de Saúde, os quais não se esgotam ao nível dos decisores, mas são ambicionados pelos diferentes atores do sistema, que pretendem uma maior liberdade de atuação e uma maior autonomia no exercício das suas atividades, ainda que limitados pela fixação de metas que visam a obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições que gerem. O exercício do controlo/supervisão implica necessariamente a utilização de instrumentos de responsabilização, geralmente associados a documentos normativos especificamente delineados para evitar abusos e práticas incorretas e a construção de um conjunto de diretrizes uniformizadoras e reguladoras de práticas.

A influência do NPM reflete-se então: no desenvolvimento de mercados internos e no aumento da competição ao nível das entidades prestadoras de cuidados; na clara separação entre as instituições financiadoras e as instituições prestadoras; na promoção da descentralização e contratualização; na tentativa de incorporar mecanismos de *empowerment* dos utentes face ao sistema e em diversas inovações e experiências ao nível organizacional (Ferreira, 2004:313-337).

III.1.2.2 A VISÃO DO AUMENTO DA EFICÁCIA E EFICIÊNCIA

O debate sobre as funções do Estado e sobre os seus modelos de administração influenciou a discussão do modelo e do regime jurídico do hospital público em Portugal. A desintervenção do Estado e a NPM foram provocando alterações progressivas nos modelos de hospitais do SNS.

Tem-se então assistido a uma evolução progressiva do sistema de Saúde que integra financiamento e prestação, para modelos baseados na separação entre as responsabilidades de comprar serviços de Saúde do processo de produção, o que promove a responsabilização e desempenho do sector público.

Neste sistema o Estado assume, na maioria dos casos através de processos de contratualização, através da Administração da Saúde, o papel de gestor (negoceia, celebra e acompanha os contratos estabelecidos com os diferentes prestadores) e, através das entidades públicas com elevados graus de autonomia, o papel de

prestador (negoceia, celebra e desenvolve as atividades no âmbito da prestação de cuidados).

A concessão da gestão de unidades hospitalares a entidades privadas e o incentivo à concorrência entre os sectores privado e público na prestação de cuidados de Saúde fazem parte de uma reforma do sector público. São vistos como instrumentos capazes de estimular o aumento da eficácia (alcance dos objetivos traçados) e da eficiência (fazê-lo com a mais baixa relação custo/benefício possível) na gestão do sector público da Saúde em Portugal.

Até à Reforma de 1990 todos os hospitais do SNS conheceram apenas a gestão pública tradicional, caracterizada pela gestão de recursos. A Lei de Bases da Saúde decretou a separação entre financiador e prestador de cuidados de Saúde e previa “que a gestão das unidades de Saúde deveria obedecer progressivamente a princípios de gestão empresarial, admitindo a possibilidade de experiências inovadoras” e possibilitou a implementação de diferentes modelos de gestão hospitalar, sendo o mais importante (de acordo com o Relatório de Primavera 2009 do OPSS) o processo de empresarialização dos hospitais e as parcerias público-privadas.

Quanto à empresarialização, a gestão pública gera uma “disfunção gestionária” capaz de ser corrigida através da introdução de mecanismos de eficiência e princípios de gestão similares aos do sector privado (em conformidade com o proposto pelo *NPM*).

A empresarialização dos hospitais e a fuga para o direito privado foram ganhando terreno tendo em conta a conceção tradicional da administração pública da Saúde. Contudo, a exposição do sector da Saúde a uma lógica de mercado de privatização da gestão de entidades públicas (através das parcerias público-privadas) não permite que a gestão tenha a mesma autonomia que no sector privado por causa do contrato de gestão realizado (define os resultados previstos, os recursos financeiros e as regras de relacionamento entre gestor e financiador).

O grande marco na evolução do estatuto dos hospitais públicos em Portugal teve lugar em 2002 com a transformação de 34 hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em 31 hospitais e centros hospitalares Sociedades Anónimas (SA),

passando estes de instituições públicas a entidades empresariais, embora de capital exclusivamente público. O principal motivo apresentado prende-se com a redução do défice público.

Data de 2002 a publicação da Lei nº27/2002, de 8 de novembro, que aprova um novo regime jurídico da gestão hospitalar, prevendo modelos hospitalares públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; ou estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos. Ou seja, hospitais do Sector Público Administrativo, hospitais de Entidade Pública Empresarial, hospitais de Sociedades Anónimas, e clínicas privadas com ou sem nome de hospital, instituições e serviços geridos por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão e os hospitais de Parcerias Público-Privadas.

Em 2005 verificou-se uma nova mudança no estatuto dos hospitais públicos (Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho), refletindo uma nova orientação na empresarialização, com a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE, considerado então o modelo mais adequado por permitir “compartilhar autonomia de gestão com sujeição à tutela governamental”.

Com o objetivo de alargar o modelo de gestão empresarial e facilitar o investimento num quadro geral de controlo das contas públicas, o Ministério de Saúde recorreu às parcerias público-privadas (PPP) (Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de abril, e pelo Decreto-Lei nº 141/2006, de 27 de julho), num modelo em que a posse dos hospitais seria pública, mas a gestão totalmente privada, com o objetivo de deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retendo os benefícios da privatização.

A este respeito, o OPSS afirma, no seu Relatório Primavera de 2009, que durante vários anos alertou para o facto de as PPP terem sido implementadas sem ter sido feito um debate sobre a sua fundamentação e sem uma estimativa rigorosa do impacto a longo prazo desta medida no sistema de Saúde português. Além disso, este Observatório questionou as mais-valias deste modelo aconselhando ponderação,

necessidade de transparência e revisão de compromissos que pusessem em causa os interesses de Saúde dos Cidadãos:

“Durante o corrente ano (2008) o Tribunal de Contas analisou as PPP e deu fundamento às preocupações levantadas pelo OPSS. Segundo o relatório de auditoria ao programa de PPP de primeira vaga, o Estado decidiu implementar um programa complexo sem paralelo no campo internacional e sem recorrer a um projeto-piloto que possibilitasse testar o modelo, o que levou a que diversas fragilidades do projeto apenas fossem verificadas na fase de avaliação de propostas.”

O relatório concluiu ainda que nenhum dos objetivos da contratação inicialmente definidos foi concluído à data do termo da auditoria, o que “ mostra a ineficácia do Estado em produzir benefícios tanto para os utentes como para o próprio Estado” (OPSS, 2009). Impõe-se então questionar se as PPP são (mais) uma tentativa da reforma da Política de Saúde e saber quais as suas consequências para utentes e para próprio Estado.

III.1.2.3 ENTRE A REGULAÇÃO POLÍTICA E AUTORREGULAÇÃO SOCIAL

A regulação social teve o seu berço na Alemanha, no que se pode denominar de “escola alemã da teoria da regulação” (Sarmiento, 2003:475). Num contexto evolutivo, a teoria sistémica da sociologia alemã centrava o debate da Ciência Política nas interações entre o mundo político e o mundo social ao que acresce a delegação das funções públicas a organismos privados ou instituições controladas por privados.

Sendo o regime político da Alemanha o federalismo, um sistema que acumula múltiplos meios de partilha de poder, é um regime que acentua o seu carácter corporativo. A abordagem em termos de governação associativa desenvolvida nos anos 80 centrada na governação pelos interesses organizados (*Private Interests Government*) continua este caminho. Esta governação referia-se à delegação de funções de regulação pelo Estado a um ou mais grupos de interesses, colocando em causa a tentativa do Estado usar os interesses coletivos próprios de um grupo social de forma a criar e manter uma ordem social aceitável (idem:473). O Estado mantém apenas uma função de garantia (Estado garantidor) e afasta-se da gestão económica.

O capitalismo coordenado alemão conduziu a uma análise centrada em redes funcionais que visam a resolução dos problemas entre a coordenação do sector político com o sector social. Esta resposta das redes é dada através da demonstração da combinação entre aquilo que é a dinâmica institucional e o que é a sequência do desenvolvimento dos grupos de interesses, de onde se depreende a complexidade do desenvolvimento de grupos sociais, a sua ligação com as estratégias de governo, de onde se evidencia a sua institucionalização. Tal cenário conduziu a uma análise da pressão institucional social exercida pelas redes ao nível do processo político, de onde, numa análise micro, se pode concluir o enfraquecimento dos atores coletivos organizados.

Com a constatação do enfraquecimento do Estado surge a noção de sistema de negociação (tem por objetivo compreender os recursos remanescentes do Estado e saber se são suficientes para a regulação social) e nasce uma escola alemã da teoria da regulação em que a tendência ao encerramento dos subsistemas sociais leva ao debate sobre a incapacidade de regulação centralizada no Estado (problemática da Ciência Política no 'direito reflexivo') (idem:474).

Ao nível do estudo das Políticas Públicas avaliam-se então as diferentes formas de regulação do Estado e as forças sociais que emergem da sociedade, tendo por objetivo a ação política na regulação política e a autorregulação social das corporações e associações.

"A teoria da regulação utiliza um institucionalismo fundado na análise da atuação dos atores e retém apenas as instituições principais (as estruturas organizacionais do sistema), no entanto, a influência das instituições só faz sentido se considerarmos a ação dos atores sectoriais pertinentes." (ibidem:475). Ou seja, as instituições têm a capacidade de influenciar o comportamento dos atores, sem conseguirem, contudo, programar esse comportamento, e os atores têm a possibilidade de transformar as instituições.

Por fim, e apesar do regime de ação pública alemã se manter nos últimos anos, a regulação tem sofrido alguns contratempos, à semelhança do que se passa no mundo ocidental. Contudo, por força da integração europeia e da globalização, assiste-se a um reforço dos atores das Políticas Públicas e pode mesmo afirmar-se a existência

de uma “repolitização atual de certos modos de regulação sectoriais alemã” que pode ser “identificada com o período fundador da Alemanha moderna, especialmente marcada pelo forte investimento do Estado” (ibidem:476).

III.1.2.4 A REGULAÇÃO COMO GARANTE DA CONCORRÊNCIA

Em Portugal pode considerar-se que a década de 80 é a da privatização e a de 90 a da regulação, isto é, o controlo das escolhas privadas por imposição de regras públicas em domínios dos quais o Estado se tinha retirado (redução do papel de Estado prestador). E, neste sentido, cabe destacar que o primeiro objetivo da regulação é a garantia dos mecanismos de mercado e da concorrência.

Em 2003 dá-se a criação legal da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) tendo como competências o supervisionamento da atividade e o funcionamento das unidades prestadoras de cuidados de Saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de Saúde, à observação dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes.

No preâmbulo deste diploma legal, afirma-se a necessidade de uma reforma do sistema de regulação e supervisão da Saúde, propõe-se “uma separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador, mediante a criação de um organismo regulador dedicado” e pretende-se a “atribuição de uma forte independência ao organismo regulador, de modo a separar efetivamente as referidas funções e a garantir a sua independência da regulação, quer em relação ao Estado operador, quer em relação aos operadores em geral” (Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro).

Com o estabelecimento deste Decreto-Lei inicia-se então um ciclo de regulação dos sectores público, privado e social. De acordo com Nunes (2009:225) a criação da ERS resultou “de uma mudança contextual no âmbito do sistema da Saúde” dos quais realça “a introdução dos mecanismos de mercado, a empresarialização, a aplicação de instrumentos de gestão privada, as parcerias público-privadas, a contratualização com novos operadores” como as transformações que “forçaram” a regulação.

A criação da ERS ficou marcada pela inação do governo nos dois primeiros anos de existência desta entidade. A ERS só reuniu condições de funcionamento (regulação da sua atividade e atribuição dos recursos mínimos ao cumprimento das suas funções) com a publicação do seu regulamento interno pela Portaria 418/2005, de 15 de abril. Conforme organigrama funcional da ERS (o Decreto-Lei 309/2003 foi entretanto alterado pelo Decreto-Lei 127/2009, de 27 de maio, o qual, entre outras alterações, prevê a criação de um Conselho Consultivo), fazem parte desta entidade o Conselho Diretivo e Conselho Consultivo e quatro Departamentos, a saber:

- Departamento de Gestão Interna (faz a gestão administrativa e de recursos humanos da ERS);
- Departamento de Proteção da Qualidade e Direitos dos Cidadãos (tem por missão garantir os direitos fundamentais dos utentes dos serviços de Saúde e os processos de qualificação das unidades prestadoras de cuidados de Saúde);
- Departamento de Acompanhamento do Sistema de Saúde e Defesa do Acesso e da Concorrência (tem por objetivo proteger o acesso ao sistema público aplicando sanções a práticas de indução artificial da procura, a seleção adversa e a discriminação infundada de doentes; além disso, este departamento, num quadro de articulação funcional com outras autoridades, supervisiona a concorrência do mercado administrativo da Saúde e do mercado dos subsistemas);
- Departamento de Supervisão e Intervenção Jurídica (consagra os poderes regulamentadores e sancionatórios previstos na lei).

A criação da ERS veio exigir o registo dos operadores que atuam no sector da Saúde, de forma a controlar critérios de qualidade e a verificar a concorrência do sector. Tal identificação da entidade nos registos da ERS estava já prevista pelo Decreto-Lei 309/2003, mas foi apenas com as publicações da Portaria 38/2006, de 6 de janeiro, e da Portaria 639/2006, de 23 de junho, que foram determinados os elementos relevantes para uma identificação adequadas aos operadores (identificação completa da entidade, ato constitutivo, identificação dos titulares, corpos sociais,

entre outros elementos), e fixados os montantes das taxas de inscrição e de manutenção, respetivamente. Contudo, o Decreto-Lei que “legitimou” a criação da ERS é completamente omissivo sobre a sua missão, objetivos

A implementação da ERS foi um caminho complexo que contou com algumas reações dos parceiros sociais nomeadamente da Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Farmacêuticos (OF) e da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), com opiniões bastante críticas relativamente ao projeto da ERS e face à sua independência (ou falta dela). Após a aprovação do diploma da ERS as posições da OM e FNAM mantiveram-se críticas, apesar de a OM suavizar a sua posição tendo em conta a introdução da fiscalização pelo Parlamento.

Em 2005, o então presidente da ERS, Rui Nunes, demitiu-se alegando “falta de apoio institucional” por parte do Presidente da República²⁵ e a 31 de outubro de 2006 foi submetida à Assembleia da República uma petição por parte dos parceiros sociais tendo em vista a redefinição do quadro regulador em Portugal, na qual considerava que “o aparecimento da ERS, ao invés de instituir um quadro regulador concertado e coeso, apenas acresceu mais um fator de perturbação, gerando novos e gravosos encargos financeiros e novas burocracias, mas não melhorando, nem substituindo, tudo quanto já vinha do regime anterior” (Nunes, 2009:274).

A publicação em 2009 do Decreto-Lei 127/2009, de 27 de maio, altera o Decreto-Lei 309/2003, e prevê: “a criação de um conselho consultivo; a delimitação mais rigorosa das atribuições e dos poderes da ERS de modo a torná-los mais claros e coerentes; a atribuição à ERS de funções de regulação económica do sector; a definição mais precisa dos poderes sancionatórios da ERS, quer quanto à definição das contraordenações, quer quanto às coimas.” (Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio).

Este Decreto-Lei descreve a missão da ERS como a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de Saúde, nas suas atribuições de supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de Saúde e dos demais direitos dos

²⁵ Consultar <http://saudeminho.blogs.sapo.pt/2005/07/>

utentes, e à legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

Ainda no âmbito desta alteração, de realçar o que este Decreto-Lei afirma quanto à sua independência, em que se afirma “independente nos termos constitucionais e legais dos atos de gestão administrativa, financeira e patrimonial sujeitos a tutela ministerial” e “independente em relação às entidades titulares dos estabelecimentos sujeitos à sua jurisdição ou a qualquer outra entidade com intervenção no sector (...)”. Porém, a eleição do presidente da ERS e do Conselho Diretivo é feito por resolução do Conselho de Ministros, o que poderá pôr em causa esta expressa independência.

Já anteriormente, em 2004, o Presidente da República (Jorge Sampaio) defendera publicamente que a nomeação dos presidentes das entidades reguladoras sectoriais deveria ser feita pelo Presidente da República e importava então alterar o método de nomeação do presidente das entidades reguladoras, incluindo a ERS, dado que os reguladores devem estar acima de qualquer suspeita, acima de qualquer interesse”, nomeadamente a complexidade do diálogo entre os grupos económicos e financeiros.

Na mesma altura, também os parceiros sociais, tal como referido acima, se manifestaram e questionaram a independência da ERS. Mesmo estando presente no atual diploma legal que a nomeação dos membros do conselho diretivo não pode ocorrer depois da demissão do Governo ou convocação de eleições para a Assembleia da República, ou mesmo antes da confirmação parlamentar do Governo recém-nomeado, e com uma duração de mandato por um período de cinco anos, na minha opinião, a questão da independência pode ser considerada como um fator crítico no âmbito das atividades realizadas pela ERS.

Este diploma consagra ainda criação de um conselho consultivo, entendido como o órgão de consulta e participação na definição das linhas gerais de atuação da ERS e nas decisões do conselho diretivo, que tem como competência dar um parecer sobre as questões respeitantes às funções reguladoras da ERS submetidas pelo conselho diretivo.

A autoridade a ERS está prevista no Decreto-Lei 127/2009 através do estabelecimento de poderes regulamentares, poderes de supervisão e poderes sancionatórios.

No âmbito das suas funções, a ERS tem desenvolvido um largo leque de iniciativas, nomeadamente: diagnóstico da qualidade dos serviços públicos de Saúde, avaliação dos cuidados de Saúde primários, análise das queixas e reclamações dos utentes, carta dos direitos do utente dos serviços de Saúde (Lei 41/2007, de 24 de agosto), sistema de registo das entidades reguladas, sistema de avaliação em Saúde, deteção de práticas de indução artificial da procura, deteção de práticas de seleção de doentes, avaliação de práticas de transferência e referenciação de doentes, regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores dos cuidados de Saúde, regime das convenções celebrados pelo SNS, caracterização dos centros de nascimento não públicos, análise da concorrência no sector do transporte de doentes, análise da concorrência no sector da hemodiálise, informatização da informação através da criação e gestão do sítio na Internet da ERS²⁶.

Tais iniciativas visam a regulação da Saúde em duas dimensões: económica (controlo da fixação de preços, controlo da produção das unidades de Saúde, coordenação da forma de distribuição do mercado) e social (humanização dos serviços, controlo do cumprimento dos direitos dos utentes).

Sendo a equidade no acesso um valor tão ou mais importante que a eficiência na afetação e utilização dos recursos, a regulação económica é um fator necessário, mas insuficiente, sendo preciso que se concentre com os mecanismos de regulação social num quadro de critérios de justiça no acesso ao sistema de Saúde.

A desintervenção do Estado e a nova gestão pública foram provocando alterações nos modelos hospitalares do SNS. A empresarialização foi ganhando terreno, com diversos formatos, àquilo que era a conceção tradicional da administração pública da Saúde e tem constituído uma solução para os problemas detetados na administração pública, quer pela transformação em empresas públicas,

²⁶ O âmbito das iniciativas protagonizadas pela ERS pode ser consultado nos relatórios anuais de atividades da entidade em <http://www.ers.pt/actividades/relatorio-de-actividades>

quer pela criação de hospitais sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

Com o objetivo de alargar o modelo de gestão empresarial e facilitar o investimento num quadro geral de controlo das contas públicas o Ministério de Saúde recorreu às parcerias público-privadas, um modelo entretanto auditado e avaliado pelo Tribunal de Contas (em 2009) e colocado em causa também pelo OPSS.

A ERS nasce em 2003 e após um início conturbado, motivado quer pela falta de publicação de um regulamento interno, quer pelas vozes discordantes de parceiros sociais e mesmo por razões políticas, esta entidade tem-se imposto nas dimensões económica e social e aumentado sistematicamente o seu âmbito de ação que tem sido legitimado ao nível normativo.

No âmbito das Políticas Públicas podemos enquadrar a criação da ERS numa análise sequencial, em que a empresarialização (paradigma incrementalista) e o estabelecimento de parcerias público-privadas refletiram a necessidade de regulamentação da concorrência e da dimensão económica da Saúde. Além disso, há que considerar a opinião do OPSS no seu Relatório Primavera de 2009, em que se afirma que a criação da ERS foi exigida como contrapartida para a homologação pelo Presidente da República de um decreto-lei sobre a reorganização dos cuidados de Saúde primários, o qual nunca chegou a ser implementado.

Numa análise desencantada da não-decisão, podemos concluir que foi exigida a criação legal da ERS para promulgação de um diploma que nunca foi implementado em que a falta de regulamentação própria impediu que a ERS funcionasse nos dois anos após a publicação do diploma legal que normativamente deu origem à sua criação, sendo a inação a política pública adotada.

III.1.3 O CIDADÃO NO CENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE

Findo o XVI Governo Constitucional, em 2005, o detentor da pasta da Saúde passa a ser António Correia de Campos, que permanece em funções durante até 29 de janeiro de 2008, passando nessa altura a pasta para Ana Jorge, na vigência do XVII e XVIII Governos Constitucionais.

Correia de Campos defende que “o centro da política de Saúde é o doente” (Campos, A.C., 2008:56), mas considera que a política levada a cabo até 2005 se centrou em aspetos laterais que não apresentaram o seu foco no doente. Sobre as reformas que o SNS sofreu até então, afirma que estas o tornaram “mais descentralizado, flexível, participado, cogido, partilhado com regiões e poder local” ao que acrescenta que apesar do objetivo ao longo de 30 anos de progresso ter sido “igual tratamento para igual necessidade” acabou por descambar para “desigual atenção para desigual necessidade” (Campos, A.C., 2008:57).

E conclui: “Não, o centro da política de Saúde não pode ser nem o desempenho do sistema, nem o estatuto dos profissionais, nem a gula dos agentes económicos, nem os cometos mediáticos, nem a reforma do SNS, nem o défice. O centro do sistema de Saúde é o Cidadão, o ser humano que trabalha e reside em Portugal.”

Além disso, no próprio Programa do XVII Governo Constitucional (2005:74) afirma-se que: “A política de Saúde deve ser redefinida para mais e melhor Saúde, isto é, para ‘ganhos em Saúde’. O sistema deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no Cidadão. A sua forte componente pública, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), deve ser eficientemente gerida, criando mais valor para os recursos de que dispõe.”

Assim, no âmbito deste Programa, eram três os objetivos centrais do Governo: criação de unidades de Saúde familiares, criação da rede de cuidados continuados integrados e assegurar as boas contas no SNS.

Quanto ao primeiro objetivo, este tinha como missão a responsabilidade de manter e melhorar o estado de Saúde dos Cidadãos residentes em Portugal pela melhoria quer da prestação de serviços de Saúde, quer da acessibilidade e continuidade (Programa do XVII Governo Constitucional, 2005:79-81).

No que respeita à Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes (RNCCI, criado em Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de junho), o Programa do XVII Governo Constitucional sublinha a necessidade de se encontrar uma resposta ao envelhecimento da população, através de uma solução que desse resposta aos idosos doentes, sem condições de tratamento em hospitais e sem família que os

pudesse acolher. Trata-se de um modelo que compreende um nível intermédio de cuidados de Saúde e de apoio social, que ainda hoje se encontra em constante alteração e adaptação.

Por último, assegurar as boas contas do SNS acabou por ser um foco importante na reforma protagonizada ao nível da Política do Medicamento (com fortes alterações face à comparticipação em medicamentos) e na revisão dos preços de áreas convencionadas para realização de meios complementares de diagnóstico (com celebração de convenções para redução dos preços na altura em vigor).

O programa do XVIII Governo Constitucional refere o SNS como “uma das marcas das marcas de sucesso da democracia portuguesa” e aponta como principal pilar do sistema de Saúde a concretização de “uma política de Saúde centrada no Cidadão e orientada para mais e melhor Saúde”.

Este programa pouco adiantou face ao anterior e propôs como principais medidas “a consolidação da reforma dos cuidados de Saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de Saúde.” (Programa do XVIII Governo Constitucional, 2009:68).

Tais medidas serão protagonizadas na continuidade das medidas e reformas aplicadas no XVII Governo Constitucional, das quais se destacam quatro de âmbito social (Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; Saúde Mental; Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher e a Proteção contra o Fumo do Tabaco) e três que se integram na sustentabilidade do SNS (Política do Medicamento, Taxas Moderadoras, Reorganização das Maternidades, urgências e serviços de atendimento permanente) (Programa do XVIII Governo Constitucional, 2009:68-80).

A par da reforma estrutural iniciada em 2002, para além dos aspetos anteriormente mencionados, foram desenvolvidas e implementadas algumas medidas estruturantes importantes do ponto de vista social, diretamente relacionadas com o acesso e equidade aos cuidados de Saúde, mais concretamente: o alargamento territorial de assistência do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) através do desenvolvimento dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), a

criação do Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) e a apresentação de uma estratégia nacional para a toxicodependência (com início em 2005), o desenvolvimento e implementação do Plano Nacional de Luta Contra a Sida, a aprovação de um novo Plano Nacional de Vacinação (que mereceu a introdução de um novo esquema para administração da vacina contra a meningite), o lançamento da construção do Centro Materno-Infantil no Porto e do Hospital Pediátrico em Coimbra, a atualização das taxas moderadoras com isenção para os grupos mais carenciados e alguns estratos da sociedade (bombeiros, dadores de sangue).

Destaque ainda para a criação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, fruto de discussão pública no decorrer do ano de 2003 e nos primeiros meses de 2004, o qual recebeu uma extensa lista de contribuições das mais diversas personalidades, instituições e sectores, na apresentação de um documento de consenso quanto às intervenções em Saúde que se impunham.

Tratou-se de um documento aprovado pela generalidade dos partidos, que assim reconheceram a importância da sua implementação por mais do que um ciclo governativo (o primeiro, de 2004 a 2010, fez parte dos XVI, XVII e XVIII Governos Constitucionais).

O PNS 2004-2010 foi delineado e orientado para ganhos em Saúde ao longo do ciclo de vida e definiu como objetivos estratégicos precisamente a sua obtenção, a capacitação do sistema de Saúde para a inovação e a promoção do diálogo intersectorial como garante da efetivação das do PNS. A título de exemplo, tendo em conta estes intuitos este PNS compreendeu ações de promoção da Saúde e prevenção da doença ao longo de 40 programas nacionais²⁷, coordenadas pelo Alto Comissariado

²⁷ Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, Programa Nacional de Promoção da Saúde em Crianças e Jovens, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual, Programa Nacional de Vacinação, Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite: fase de pós-eliminação, Programa Nacional para a Eliminação do Sarampo e Prevenção da Rubéola Congénita, Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, Programa Nacional Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe, Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Programa Nacional de Controlo da Asma, Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas, Programa Nacional de Controlo da Diabetes, Programa Nacional de Luta contra a Obesidade, Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas, Programa Nacional para a Saúde da Visão, Programa Nacional de Controlo das

da Saúde²⁸, entidade que foi criada em 2005 e extinta em 2011 passando as suas atribuições a serem integradas na Direcção-Geral da Saúde, em 2012, com excepção das atribuições no domínio da avaliação do PNS, integradas no Instituto Nacional de Saúde

Doutor Ricardo Jorge, I. P

Dos princípios orientadores do PNS 2004-2010 Saúde incidia a mudança centrada no Cidadão planeada para ser implementada “através de informação, mais opções de escolha, valorizar as ONG, responsabilização sobre os comportamentos/estilos de vida” (Pereira, 2005:96).

No documento, a participação do Cidadão no sector da Saúde apresenta-se, então, como uma importante orientação estratégica sendo incentivada através das seguintes linhas orientadoras: aumentar o acesso a informação validada e isenta; aumentar a liberdade de escolha no acesso aos cuidados de Saúde; encorajar experiências múltiplas de empoderamento do Cidadão vis-à-vis com o sector da Saúde; dar voz à Cidadania através de organizações da sociedade civil; desenvolver estratégias de atenção particular aos socialmente excluídos; desenvolver estratégias que promovam a redução das desigualdades em Saúde. (Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II – Orientações Estratégicas, 2004:97-100)

Entretanto, o PNS 2012-2016, já da responsabilidade do XIX Governo Constitucional, período em que Paulo Macedo assume a pasta da Saúde, reassume os valores da justiça social, universalidade, equidade, solicitude e solidariedade do

Hemoglobinopatias, Programa Nacional de Luta contra a Depressão, Programa Nacional para a Perturbação de Stress Pós-Traumático, Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool, Programa Nacional de Prevenção do Consumo de Drogas Ilícitas, Programa Nacional de Luta contra a Dor, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Programa Nacional de Prevenção de Acidentes, Programa Nacional de Luta contra as Desigualdades em Saúde, Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, Programa Nacional de Saúde Ambiental, Programa Nacional de Controlo da Higiene Alimentar, Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde nos Locais de Trabalho, Programa Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde. Programa Nacional de Gestão da Informação e do Conhecimento, Programa Nacional de Desenvolvimento da Transplantação, Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde, Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial.

²⁸ Decreto-Lei n.º 124/2011. In D.R. n.º 249, Série I de 2011-12-29. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 218/2007. In D.R. n.º 103, Série I de 2007-05-29. Aprova a orgânica do Alto Comissariado da Saúde. Decreto-Lei n.º 212/2006. In D.R. n.º 208, Série I de 2006-10-27. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. Decreto Regulamentar n.º 7/2005. In D.R. n.º 153, Série I-B de 2005-08-10. Cria, em execução do Plano Nacional de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e extingue a Comissão Nacional de Luta contra a Sida, revogando os n.ºs 2 a 5 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 257/2001, de 22 de setembro.

sistema de Saúde e estabelece como visão: “Maximizar os ganhos em Saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e Cidadania” (Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Prefácio:2012:2).

Os Cuidados de Saúde Primários foram também um alicerce importante na melhoria da proximidade com o Cidadão. Com a configuração dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro) cria-se o Conselho da Comunidade, entidade com competências ao nível da educação e promoção da Saúde e de combate à doença. Com este, nasce o Gabinete do Cidadão com a responsabilidade de verificar condições de acesso aos cuidados, informar os utentes dos cuidados de Saúde primários dos seus direitos e deveres, bem como tratar das sugestões e reclamações e verificar o grau de satisfação dos utilizadores dos centros.

No entanto, e apesar de uma avaliação positiva por parte do Relatório da Primavera 2009, que reconhece uma maior abertura e proximidade dos centros prestadores de cuidados ao Cidadão, o conceito de Cidadania em Saúde em Portugal tem ainda um longo caminho pela frente para atingir os objetivos protagonizados no documento da Direção-Geral da Saúde “Saúde em Portugal 2007”, em que se afirma:

“In this century, the development of a citizenship for health is indispensable for obtaining gains in health. It is necessary to evolve from consumerism of medical goods and services and adopt more innovative approaches, based on a process of empowerment and citizen participation that will increase the capacity of taking informed decisions on health protection and prevention of disease, of each individual and of the community. Furthermore, to evolve from models founded in free and universal access to intervention models that reduce inequities privileging people and communities of increased vulnerability. Therefore, it is important to invest in health promoting strategies: effective health education programmes, partnerships for health and community-based coalitions” (Direção-Geral da Saúde, Health in Portugal, 2007:87).

III.1.4 A (RE)ORGANIZAÇÃO DA CIDADANIA NO SNS

A 8 de abril de 2011, os ministros do Eurogrupo e do ECOFIN emitiram uma declaração esclarecendo que o apoio financeiro da UE (Mecanismo Europeu de Estabilização Financeira – *European Financial Stabilisation Mechanism* — EFSM) e da zona euro (Facilidade Europeia de Estabilidade Financeira - *European Financial Stability Facility* — EFSF) seria providenciado na base de um programa político apoiado num condicionalismo rigoroso e negociado com as autoridades portuguesas, envolvendo devidamente os principais partidos políticos, pela Comissão Europeia em conjunto com o Banco Central Europeu (BCE) e com o Fundo Monetário Internacional (FMI).

Assim, em maio de 2011, o Governo Português (Partido Socialista) e os dois principais partidos da oposição (Partido Social-Democrata e Centro Democrático e Social/Partido Popular) celebram o Memorando de Entendimento (ME) com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional sobre as medidas específicas de política económica que condicionavam a atribuição de ajuda externa a Portugal.

Conforme referem Campos e Simões (2011:183) as propostas do ME visaram a racionalização da oferta, a retirada de rendas de privilégio, a concorrência entre prestadores tendo em vista a eficiência, a eliminação da ineficiência de trabalho, a redução das redundâncias entre subsistemas e o setor público hospitalar.

No documento assinado, estabelece-se ser necessário “controlar os custos no sector da Saúde” para se obter “poupanças de 550 milhões de euros” (Governo da República Portuguesa, 2011a:3), “redução das despesas dos sistemas de Saúde para trabalhadores em funções públicas: 100 milhões de euros (idem:5) e no setor da Saúde: 375 milhões” (ibidem:6).

De acordo com o ME, os objetivos das medidas a implementar refletem a necessidade de “aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de Saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controlo de despesas; gerar poupanças adicionais na área dos medicamentos para reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013 (em linha com a média da UE); gerar poupanças adicionais nos custos operacionais dos

hospitais” (ibidem:17). Para tal, institui como prioritárias medidas a tomar no que respeita ao financiamento do SNS, à definição de preços e comparticipação de medicamentos, à prescrição e monitorização da prescrição, ao setor farmacêutico, às compras e aprovisionamento centralizado, nos cuidados de Saúde primários, nos serviços hospitalares, e nos serviços transversais.

Quanto ao financiamento, as medidas que o ME vê como necessárias para reformar o Sistema de Saúde apresentam-se como a revisão e aumento das taxas moderadoras do SNS, a redução das deduções fiscais relativamente a encargos com a Saúde, a redução do custo global orçamental dos sistemas de Saúde dos funcionários públicos.

Já no que se refere à definição de preços e comparticipação de medicamentos, as medidas visam alterações quer na revisão dos preços de referência dos medicamentos de forma a baixar a despesa, bem como a definição de preços máximos no que respeita aos medicamentos genéricos.

As medidas adiantadas para a prescrição e sua monitorização envolveram a obrigatoriedade eletrónica, a avaliação da despesa com a prescrição dos medicamentos mais caros (com sanções e penalizações), o incentivo da prescrição de medicamentos genéricos, a elaboração de regras para prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e a eliminação das barreiras de aprovação de medicamentos genéricos de forma a acelerar o processo da sua comparticipação.

Para o setor farmacêutico o ME estipula a implementação da legislação existente na regulação das farmácias, bem como a alteração do cálculo das margens de lucro no setor de distribuição e produção de medicamentos para assegurar a redução da despesa pública.

No que respeita às compras e aprovisionamento centralizado, os parâmetros recomendados sublinham a necessidade de uma maior racionalização da despesa e da oferta, bem como os ganhos de eficiência através da criação da concorrência entre prestadores públicos e privados.

O Cidadão assume importância neste documento nas medidas recomendadas para os cuidados de Saúde primários, em que se indica a necessidade de se prosseguir

com as reformas anteriormente aplicadas, de maior reforço das unidades que prestam este serviço (particularmente no aumento das Unidades de Saúde Familiares) e da criação de um mecanismo que assegure, de forma equitativa, a presença de médicos de família nas áreas geograficamente mais carenciadas, mas tendo em vista a redução do recurso a consultas especializadas e urgências hospitalares.

A necessidade de conter despesa e ampliar a receita faz com que o ME recomende medidas a implementar ao nível dos cuidados hospitalares, com destaque para a liquidação dos pagamentos em atraso aos fornecedores e criação de procedimentos de controlo da despesa para evitar o aparecimento de novos casos. A redução de recursos, nomeadamente ao nível de corpos dirigentes, é recomendada tendo em vista a concentração dos serviços hospitalares e a racionalização dos cuidados de Saúde primários. O *benchmarking* (comparabilidade dos resultados de desempenho), a descrição e a definição de protocolos clínicos e a introdução de regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de Saúde, são também medidas recomendadas pelo ME.

Quanto aos serviços transversais, as recomendações passam pela finalização do sistema de registos médicos eletrónicos dos doentes e pela redução dos custos afetos ao transporte de doentes.

III.1.5 DA CIDADANIA EM SAÚDE À SUSTENTABILIDADE

No Programa do XIX Governo Constitucional, a questão da sustentabilidade financeira é colocada em cima da mesa, justificada pelo aumento dos custos muito acima do crescimento económico.

Quando o Governo Constitucional liderado pela coligação PSD-CDS/PP toma posse, a 5 de junho de 2011, e, com ele, Paulo Macedo como responsável da pasta da Saúde, inicia a tomada de medidas que têm por objetivo a sustentabilidade do SNS.

As limitações impostas pelo ME são essenciais para o cumprimento do Programa do Governo e a necessidade de conter a despesa e ampliar a receita é apresentado quase de forma geral no que respeita (também) à Saúde.

“O processo de mudança integra medidas de racionalização das despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de Saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e de financiamento”, lê-se no Programa do XIX Governo Constitucional (Governo da República Portuguesa 2011b:77).

No programa estão espelhadas as recomendações feitas no ME, nomeadamente no que respeita à revisão das taxas moderadoras, à implementação de serviços partilhados tendo em vista ganhos em eficiência, a necessidade da mobilidade dos recursos humanos para maior e melhor distribuição geográfica dos cuidados de Saúde prestados, a reforma hospitalar tendo como objetivo anular despesa (com diversos debates sociais sobre a importância do volume de casos tratados em centros de referência *versus* a proximidade dos cuidados prestados), a prescrição pela substância ativa dos medicamentos (DCI) com o objetivo de incentivar a indicação de genéricos por forma a reduzir a despesa, bem como a alteração dos preços de referência, as aquisições centralizadas de medicamentos e dispositivos médicos através de concurso público com o objetivo de incentivar a concorrência e reduzir custos, o combate contra a fraude através da imposição da prescrição eletrónica, e, por fim, a contratualização das convenções de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica como forma de redução dos preços.

Contudo, o Programa do XIX Governo Constitucional prevê medidas diretamente relacionadas com a participação do Cidadão na Saúde, nomeadamente quando sublinha a premissa de que o Cidadão deve ser um protagonista ativo no exercício do seu direito a cuidados de Saúde através do reforço do exercício de liberdade de escolha (idem:78).

Além disso, o mesmo Programa coloca o PNS 2012-2016 como o “ pilar fundamental da reforma do sistema de Saúde” orientado para a qualidade, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis com o fim de maiores ganhos de Saúde da população e o desenvolvimento de programas nacionais integrados. Os cuidados de Saúde primários e o esforço para garantir a acessibilidade dos Cidadãos

aos médicos de família, minimizando as diferenças geográficas e sociais é também um dos objetivos apresentados pelo XIX Governo Constitucional

É patente o desaparecimento do Cidadão enquanto centro do sistema e alvo das reformas do SNS. As medidas que têm sido implementadas até à data da conclusão deste trabalho, têm incidido, particularmente, na limitação e redução de custos, na reorganização dos hospitais através da discussão da reforma hospitalar, com concentração dos serviços, da constante negociação com o setor farmacêutico para pagamento da dívida dos medicamentos.

III.1.5.1 OS EFEITOS DA *TROIKA* NA CIDADANIA EM SAÚDE

O Relatório de Primavera 2012 (OPSS:2012), intitulado *Crise & Saúde: um país em sofrimento*, é particularmente crítico às medidas tomadas e conclui que as medidas da *troika* estão a limitar o acesso aos cuidados de Saúde, alertando que apesar de necessárias, as medidas ao serem aplicadas em tão curto espaço de tempo e sem se olhar para os seus efeitos criam dificuldades no acesso dos Cidadãos aos cuidados de Saúde.

Nas considerações finais do estudo, apresentado no dia 14 de junho de 2012, lê-se: “Há múltiplos indícios de que o empobrecimento dos portugueses associado a extensão e aumento substancial das falsas “taxas moderadoras” e a dificuldade crescentes com os transportes (para além da evolução dos tempos de espera) dificultam o acesso aos cuidados de Saúde de muitos portugueses.” (OPSS, 2012:203)

Neste relatório, os especialistas afirmam que “uma parte das medidas incluídas no memorando com a *troika* são necessárias e que o país teria beneficiado se estas tivessem sido há muito implementadas”. No entanto, consideram ser “legítimo duvidar, pelas razões atrás expostas, se é possível, desejável, e isento de sérios riscos implementá-las forçadamente num tão curto espaço de tempo. Não se negam as vantagens óbvias de um ‘mecanismo de pressão externo’, mas é também importante reconhecer que este também tem importantes inconvenientes a médio e longo prazo”. (idem:35-36)

Segundo os investigadores do OPSS houve uma menor procura pelos serviços de Saúde no primeiro trimestre de 2012 em comparação com período homólogo de 2011, do que resultaram menos consultas médicas realizadas, presenciais e em Serviço de Atendimento Permanente. Além disso, sublinham a existência de indícios de “situações de racionamento implícito nos serviços públicos de Saúde”, lê-se nas considerações finais do Relatório.

Quanto às medidas que têm conduzido à baixa de preços dos medicamentos, o documento adianta que estas podem “contribuir para um maior acesso aos medicamentos por parte da população”, mas com “claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associados ao seu empobrecimento”.

O Relatório de Primavera 2012 vai ainda mais longe e critica também sobre a forma como as medidas da *troika* estão a ser implementadas, adiantando que apesar de na altura da elaboração inicial do ME “a conjuntura de crise aguda de refinanciamento requeira decisões financeiras imediatas que porventura não se compadecem com outro tipo de considerações” não compreendem, “seis ou 12 meses depois”, a ausência de considerações das instituições europeias a propósito do impacto das medidas no acesso à Saúde.

Além disso, o Relatório alerta que os processos de cuidados, Cidadania e literacia, como fatores importantes da transformação do sistema de Saúde, não parecem estar na agenda do Ministério da Saúde e destaca pela negativa a atividade dos gabinetes do Cidadão e dos conselhos da comunidade (os dois órgãos relacionados com o envolvimento, participação e Cidadania em Saúde) bem como dos dispositivos de apoio local, designadamente a fragilidade das unidades de apoio à gestão (idem:120).

Sobre as iniciativas portuguesas que visam promover a literacia em Saúde no Cidadão, como parte da transformação do sistema de Saúde no sentido de o centrar no Cidadão, nos processos de cuidados, e nos resultados desses processos de cuidados, o Relatório aponta duas iniciativas.

A primeira refere-se ao Programa Harvard Medical School Portugal, uma parceria entre a Harvard Medical School e as Escolas Médicas e Laboratórios Associados em Portugal, através da Fundação para Ciência e Tecnologia, que tem por objetivo “encorajar a cooperação entre as estruturas de ensino e investigação médica nacionais, com aquela que é considerada uma das melhores escolas médicas mundiais” (idem:57).

A segunda enunciada pelo Relatório é o projeto “Saúde que conta: *Think Tank* Capacitação do Cidadão em Saúde”, uma iniciativa que tem como objetivos fundamentais fazer o ponto de situação da literacia em Saúde em Portugal, bem como, analisar e definir estratégias de capacitação em Saúde.

Porém, o Relatório foi de imediato contestado pelo Ministério da Saúde (MS). Em comunicado²⁹ o governo acusou o OPSS de olhar para as exigências da *troika* de forma parcial. O gabinete de Paulo Macedo defendeu-se e afirmou que "parte substancial do que é considerado pelo OPSS como fragilidade do sistema de saúde português é observação recorrente e, portanto, não diz especial respeito à atual equipa que gere o Ministério da Saúde (MS) nem pode ser responsabilizada por supostos agravamentos".

Neste comunicado, a defesa prossegue com apresentação de contradições do Relatório. E refere: "O OPSS, confessando-se incomodado com a intervenção da *troika*, considera, pelo menos em parte, que as medidas incluídas no Memorando são "necessárias" e reconhece, ainda por cima, que o país teria beneficiado se elas já tivessem sido realizadas". Ao que acrescenta que outra coisa não seria de esperar “dado que a maior parte dos especialistas do OPSS participou nas conversações com a *troika*".

Já no caso da reforma dos cuidados primários, é garantido que "o Governo está a adotar as medidas que vão permitir que no final da legislatura todos os cidadãos tenham um médico de família atribuído".

²⁹ Comunicado disponível no Portal da Saúde, *Ministério da Saúde esclarece e corrige conclusões do Relatório da Primavera 2012, do OPSS*

No documento de esclarecimento, o MS faz ainda saber que, "ao contrário do que é referido pelo OPSS e que marca uma ideia preconcebida, deve entender-se que as reformas em curso não são um risco para o sistema, pelo contrário, sem elas o sistema é insustentável, está a prazo". E reforça: "o Governo tem dito que tudo está a ser feito para garantir a sobrevivência do SNS, que é o essencial do sistema, e isto implica, antes do mais, assegurar a sua sustentabilidade financeira".

No comunicado do Ministério da Saúde, lê-se ainda um recado dirigido aos investigadores do OPSS: "A preocupação pela proteção dos mais vulneráveis que está presente em toda a política de saúde reforça a universalidade do sistema e é a prova clara de que a afirmação do OPSS de que existiria 'uma agenda anti-universalista' assente na 'ideia da carteira de serviços' é errada e não fundamentada. O Governo analisa continuamente o impacto na saúde dos portugueses das medidas adotadas, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis; o OPSS afirma o oposto."

Por fim, o comunicado do MS assegura que "o Governo está atento aos impactos da política de saúde no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, não existindo evidência ou indicações de que os utentes, por razões financeiras, sintam dificuldades reais e acrescidas de acesso".

CONCLUSÃO

A conquista de direitos dos Cidadãos tem sido um esforço contínuo. Apesar de, desde cedo, os deveres estarem presentes na evolução do conceito de Cidadania nas vertentes civil, política e social, os direitos ‘adquiridos’ sofreram, ao longo dos séculos, adaptações constantes de acordo com a História e, com ela, consoante os momentos políticos, as instituições e os demais atores.

No decorrer desta dissertação ficou patente que a Cidadania se interliga com uma realidade multidimensional, que sofre interferências de várias entidades e setores. Mais ainda, a Cidadania tem uma relação intrínseca com modelos de liberdade, de justiça, de Democracia.

Cidadania em Saúde é um conceito recente e ainda pouco trabalhado pelos investigadores, o que torna difícil a sua avaliação mais ou menos objetiva. O ónus de Cidadania em Saúde colocado no conceito de *empowerment*, definido como um processo através do qual os indivíduos controlam as decisões e as ações que afetam a sua Saúde, não garante resultados diretos. Isto porque a participação do Cidadão na sua Saúde, quer a nível macro ou de tomada de decisão, é complexa e difícil de avaliar.

Mas não é por isso que esta participação deve ser encarada com menos seriedade e rigor por parte dos órgãos decisores e estes devem ser capazes de criar as condições ótimas para que o indivíduo tenha a liberdade de participar nas medidas que dizem respeito à sua Saúde.

Porém, a ser verdade que o Cidadão faz exigências dos seus direitos, por vezes esquece-se dos seus deveres para com a sociedade em que está inserido. Relembro aqui os direitos-deveres em Cidadania em Saúde – 5 r – referidos por Vítor Ramos no artigo citado na página 44 desta dissertação: reconhecimento, respeito, respostas adequadas, rigor e responsabilidade.

De facto, conforme refere este autor, Sistema de Saúde e Cidadãos devem andar de mãos dadas de forma que seja possível a existência de um sentimento pleno de pertença a uma comunidade, em que os deveres sejam vistos como algo intrínseco e os direitos como uma resposta social.

O SNS nasceu em 1979 e tem na sua base a prestação de cuidados de Saúde a toda a população, independentemente da sua condição socioeconómica, totalmente financiada pelo Estado. Dez anos depois da sua criação, a gratuitidade de acesso foi alterada e passou-se a garantir uma acessibilidade “tendencialmente” gratuita de forma a garantir a sua sustentabilidade e financiamento.

A título de curiosidade, constatei que a preocupação com a sustentabilidade do SNS data já desde a altura da sua criação, expressa nos discursos e intervenções que António Arnaut, o seu “pai” realizou em diferentes momentos ao longo de 30 anos (Arnaud:2009).

Não é por isso de estranhar que o sistema de Saúde e, em particular, o SNS tenham sido alvo de constantes medidas reformistas que mais tiveram em conta a questão financeira do que, propriamente, a Cidadania em Saúde. Apesar do Cidadão ser um protegido do SNS no direito à proteção da Saúde, a verdade é que, pelo menos na última década, as medidas implementadas manifestaram mais interesse nas questões económica e sustentável, do que de forma direta visaram o Cidadão.

Palavras como eficiência, responsabilidade social e individual, equidade, liberdade de escolha, direitos dos utentes estão sempre presentes nos diferentes momentos políticos da última década, bem como o chavão de que as reformas têm de ser centradas no Cidadão em detrimento de alterações focadas no Sistema, na questão financeira, na sustentabilidade do SNS.

Não posso negar que alguns objetivos estratégicos presentes nos Programas dos diferentes Governos Constitucionais desde 2002 até 2012 visam a Cidadania em Saúde, bem como algumas das medidas que entretanto foram implementadas neste período. Mas se numa balança colocarmos de um lado a Cidadania em Saúde e do outro a Sustentabilidade, este último prato pesa mais.

Para o constatar basta ter em conta as constantes reformas e medidas aplicadas em prol do aumento da eficiência e eficácia das unidades, que visam uma redução dos custos e despesas gastas com a Saúde. Já para não falar das avaliações consecutivas feitas, por exemplo, pelo OPSS e que questionam, quase sempre, as estratégias desenvolvidas que colocam em causa os interesses de Saúde dos Cidadãos.

Inquestionável tem sido a atenção dada à melhoria da acessibilidade aos cuidados de Saúde primários e que, pese terem sido alvo de constantes experiências (RRE, Centros de 3ª Geração) que acabaram por não serem devidamente concretizadas abriram portas à criação de unidades locais de saúde, as denominadas Unidades de Saúde Familiar (USF) que ainda hoje se encontram em plena expansão.

A vontade de melhorar a amplitude da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é também algo a destacar, mais ainda quando caminhamos a passos largos para uma situação de envelhecimento populacional, dependente e carente de apoio social.

A criação dos diversos programas nacionais que se inserem no âmbito dos Planos Nacionais de Saúde são também uma mais-valia já que têm em conta as necessidades ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença. Porém, considero que o desaparecimento do Alto Comissariado da Saúde e a fusão do seu papel e funções dentro da Direção-Geral da Saúde poderá colocar em causa todo o trabalho que entretanto foi desenvolvido.

Por último, ter em conta que o Cidadão parece ter desaparecido do Programa do XIX Governo Constitucional quando se analisam os objetivos estratégicos para o setor da Saúde. O Relatório de Primavera de 2012 do OPSS foi bastante crítico relativamente às medidas implementadas e espelho disso é o título escolhido para este estudo: *Crise & Saúde: um país em sofrimento*.

O Relatório é claro: as medidas “ditadas” pela *troika* estão a limitar o acesso aos cuidados de Saúde e a sua aplicação, em tão curto espaço de tempo, sem se terem em conta os efeitos estão a criar dificuldades no acesso do Cidadão aos cuidados de Saúde. Mais ainda, o documento é acusatório e alerta para a ocorrência de racionamento nos serviços públicos de Saúde.

Por mais que o Governo desminta e apresente números e factos que contradigam a realidade apresentada naquele Relatório, a verdade é que, quando devidamente analisado, as medidas que têm sido aplicadas vão de encontro às exigências feitas no ME e visam quase que exclusivamente a questão da

sustentabilidade financeira, com redução dos custos e das despesas agregadas à Saúde, e ampliação das receitas obtidas.

Para terminar uma última referência. As Reformas, quaisquer que sejam, implicam sempre resistências e desconfianças. Porém, o Sistema de Saúde português encontra-se ainda fortemente autocentrado e o Cidadão não se revê na forma como as medidas reformadoras são decididas e implementadas.

Para mudar este panorama exige-se uma maior ligação à comunidade quer no que respeita à partilha de responsabilidades, quer no que se refere à transferência de poder, quer ainda tendo em conta as especificidades da comunidade local. É preciso desenvolver ativamente programas de promoção de Saúde, que informem e formem a população, para que esta possa, ativamente, decidir e controlar o seu papel no contexto da Saúde. Ou então, dado que muito já está feito, por exemplo, pelas inúmeras associações de doentes por que não a criação de uma entidade que conjugue esforços, capacite estas organizações representativas, e que seja um elo entre a Saúde e o Cidadão?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS: Administração Central dos Sistemas de Saúde – Ministério da Saúde (2007) *Contratualização*. Disponível em: <http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Contratualiz/Apresentacao> [Consultado em 4 de janeiro de 2010].

ACSS: Administração Central dos Sistemas de Saúde – Ministério da Saúde (2008) *Parcerias Saúde*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/DirecçõeseUnidades/ParceriasSaúde/Atribuições/tabid/254/language/pt-PT/Default.aspx> [Consultado em 4 de janeiro de 2010].

Active Citizen Network. Disponível em: <http://www.activecitizenship.net> [Consultado em 9 de setembro de 2010]

AR: Assembleia da República (2010) *Assembleia da República*. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Paginas/default.aspx> [Consultado em 4 de janeiro 2010]

Arnaut, A. (2009). *Serviço Nacional de Saúde: 30 anos de resistência*. Coimbra, Coimbra Editora.

Assal, J-P. et al (2010) *Guia do Cidadão na Doença Crónica - para uma Cidadania na Saúde*. Lisboa, Edições Colibri.

Bendix, R. (1964) *Nation – Building and Citizenship*. New York, John Wiley and Sons.

Cabral, M.V. (1995) *Equidade Social, “Estado-Providência” e Sistema Fiscal: atitudes e percepções da população portuguesa (1991-1994)*. Sociologia, Problemas e Práticas. Lisboa, CIES. Nº17, pp.9-34.

Cabral, M.V., Silva, P.A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa, ICS.

Cabral, N.C., Amador, O.M., Martins, G.O. (2010) *A Reforma do sector da Saúde: Uma realidade iminente?* Cadernos do IDEFF. Coimbra, Edições Almedina.

Cabral, A.P. (2010) *Reforma do sector da Saúde – o Serviço Nacional de Saúde e o novo paradigma*. A Reforma do Sector da Saúde. Coimbra, Edições Almedina, Coimbra, pp. 41-64.

Caeiro, J. C. (2008) *Políticas públicas, política social e Estado Providência*. Lisboa, Universidade Lusíada Editora.

Campos, A.C. et al. (1981). *Gastos públicos com a saúde em Portugal (1970-78)*. *Análise Social*. Lisboa, Vol. XVII (65), pp.67-104.

Campos, A.C. et al. (1987) *A Combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, Estigmas e Ineficiências. Obras Avulsas*. Escola Nacional de Saúde Pública, Edições de Saúde.

Campos, A.C. (1991) *Estado Providência. Perspectivas e Financiamento. O caso da Saúde*. *Sociologia, Problemas e Práticas*. Lisboa, CIES. Nº9.

Campos, A.C. (2008) *Reformas da Saúde: O fio condutor*. Lisboa, Edições Almedina.

Campos, A.C., Simões, J. (2011) *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra, Edições Almedina.

Carreira, H. M. (1996a) *As Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa, Gradiva.

Carreira, H. M. (1996b) *O Estado e a Saúde*. *Cadernos do Público*. Lisboa, Vol. 2.

Carvalhais, I. E. (2007) *Cidadania no pensamento político contemporâneo*. Estoril, Princípia.

Castel, R. (1997) *Las metamorfoses de la cuestión social*. Buenos Aires, Paidós.

Cohen, M, Hanagan, M. (1996). *Politics, Industrialization and Citizenship: Unemployment Policy in England, France and the United States, 1890-1959*. In Tilly (ed): *Citizenship, Identity and Social History*, *International Review of Social History*. Supplement 3, pp.:91-131.

Comissão Europeia (2007) *Livro Branco- Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a EU (2008-2013)*. Bruxelas, 23.10.2007 COM(2007) 630 final
Disponível em:

http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2007/com2007_0630pt01.pdf

[Consultado em 12 de setembro de 2010]

Comissão Europeia (2009). *Solidarity In Health: Reducing Health Inequalities In The Eu*. Brussels, 20.10.2009 COM(2009) 567 final Disponível em:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/com2009_en.pdf [Consultado em 12 de setembro de 2010]

Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – CSFSNS (2007) *Relatório Final*. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>
[Consultado em 9 de setembro de 2010].

Conselho da Europa (2000). Recomendação nº5 da Comissão de Ministros. Disponível em <http://www.coe.int> [Consultado em 10 de setembro de 2010]

Direção-Geral da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> [Consultado em 10 de setembro de 2012].

Direção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume II – Orientações Estratégicas*. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf [consultado em 21 de setembro de 2011]

Direcção-Geral da Saúde (2007). *Health in Portugal 2007*. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/2271F696-B982-4BAB-89F2-2153E816FF48/0/HealthPT_final.pdf [Consultado em 12 de setembro de 2010]

Dunn, W. N. (2008), *Public Policy Analysis. An Introduction*, New Jersey, Prentice Hall.

Ebbinghaus, B. (1996). *The Siamese twins: citizenship rights, cleavage formation and party-union relations in western Europe*”. In Tilly (ed): *Citizenship, Identity and Social History*, International Review of Social History. Supplement 3, pp.:51-91.

Ellis, S.G., Halfdanarson, G., Isaacs, A.K. (2006) *Citizenship in Historical Perspective*. Pisa, Pisa University Press.

ERS: Entidade Reguladora da Saúde (2010) Disponível em www.ers.pt
[Consultado em 10 de janeiro de 2010]

Espada. J.C. (2004) *Direitos sociais de cidadania. Uma crítica a F.A. Hayek e Raymond Plant*. 2ª edição. Lisboa, Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press in association with Blackwell Publishing Ltd.

Esping-Andersen, G. (1993) *Orçamentos e Democracia: o Estado-Providência em Espanha e Portugal, 1960-1986*. Análise Social. Lisboa, ICS. Nº122, pp.589-606

Esping-Andersen, G. (2000) *Um Estado-Providência para o século XXI: Sociedades em envelhecimento, economias baseadas no conhecimento e sustentabilidade dos Estados-Providência europeus*. In: Boyer, R. et al. Para uma Europa da inovação e do conhecimento: emprego, reformas económicas e coesão social. Oeiras, Celta Editora.

European Comission (2011) *Portugal: Memorandum of Understanding of Specific Economic Policy Conditionality*. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf [Consultado em 1 de outubro de 2011].

Federação Nacional de Médicos (2003) – *Parecer ao Projecto de Decreto-Lei da Entidade Reguladora da Saúde*. Disponível em http://www.fnam.pt/dafnam/pareceres_files/030728entregsaud.htm [Consultado em 27 de janeiro de 2010]

Fernandes, J.V., Barros, P.P., Fernandes, A.C. (2011) *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais, Príncípa.

Ferreira, A. S. (2004) *Do que falamos quando falamos de regulação em Saúde?* In Análise Social. vol. XXXIX, nº 171, 2004, pp.313-337.

Governo da República Portuguesa (2002) Programa do XV Governo Constitucional. Portal do Governo [Internet]. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/media/464051/GC15.pdf> [Consultado em 21 de setembro de 2011].

Governo da República Portuguesa (2004). *Programa do XVI Governo Constitucional*. Portal do Governo. Disponível em

<http://www.portugal.gov.pt/media/464054/GC16.pdf> [Consultado em 21 de setembro de 2011]

Governo da República Portuguesa (2008) *Composição e Programas de Governo dos Governos Constitucionais*. Portal do Governo. Disponível em:

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais

[Consultado em 9 de setembro de 2010].

Governo da República Portuguesa (2011a) *Tradução do conteúdo do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica*.

Disponível em http://www.portugal.gov.pt/media/371372/mou_pt_20110517.pdf

[Consultado em 20 de setembro de 2012]

Governo da República Portuguesa (2011b) *Programa do XIX Governo Constitucional*. Portal do Governo. Disponível em

http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf [Consultado em 22 de

setembro de 2011]

Halevi, É. (1975) *História do Socialismo Europeu*, Lisboa, Livraria Bertrand.

Heater, D. (2007) *Ciudadanía: una breve historia*. Madrid, Alianza Editorial.

Hofferbert, R.I. (1974) *The Study of Public Policy*, New York, Bobbs-Merrill.

Lopes, H. (2010) *Percepções Públicas do SNS*. 30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado. Coimbra, Almedina. pp 145-174.

Loureiro, I., Miranda, N. (2010) *Promover a Saúde: dos fundamentos à acção*. Coimbra, Edições Almedina.

Madec, A., Murard, N. (1998) *Cidadania e Políticas Sociais*. Lisboa, Instituto Piaget.

Manin, B. (1998) *Los principios del gobierno representativo*. Madrid, Alianza.

Mann, M (1997) *Las Fuentes del poder social, II*. Madrid, Alianza.

Marshall, T.H., Bottomore, T. (1992) *Citizenship and Social Class*. London, Pluto Press.

Miewald, R. W. (1978) *Public Administration - A Critical Perspective*, New York, Macgraw-hill.

Ministério da Saúde (2002) *Lei de Bases da Saúde*. Portal da Saúde. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm> [Consultado em 9 de setembro de 2010].

Ministério da Saúde (2004) *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html> [Consultado em 10 de setembro de 2010]

Ministério da Saúde (2008) *História do SNS*. Portal da Saúde. Lisboa. Disponível em:

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> [Consultado em 8 de setembro de 2010].

Ministério da Saúde (2012) *Ministério da Saúde esclarece e corrige conclusões do Relatório da Primavera 2012, do OPSS*. Portal da Saúde. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/primavera+mmxii.htm> [Consultado em 1 de setembro de 2012]

Nunes, R. (2009) *Regulação da Saúde*. 2ª edição. Porto. Vida Económica.

OECD (2001) *Citizens as Partners: OECD handbook on information, consultation and public participation in policy-making*. Disponível em http://www.ezd.si/fileadmin/doc/4_AKTIVNO_DRZAVLJANSTVO/Viri/Citizens_as_partners_hanbook_oecd.pdf [Consultado em 21 de setembro de 2011]

OPSS (2001) *Conhecer os caminhos da Saúde: relatório da Primavera 2001*. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Invest_Form/Inform_Tecnica/Publicacoes/OPSS.htm [Consultado em 19 de janeiro de 2010]

OPSS (2002) – *O estado da Saúde e a Saúde do estado: relatório da Primavera 2002*. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Invest_Form/Inform_Tecnica/Publicacoes/OPSS.htm [Consultado em 19 de janeiro de 2010].

OPSS (2004) *Incertezas: gestão da mudança na Saúde: relatório da Primavera 2004*. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Invest_Form/Inform_Tecnica/Publicacoes/OPSS.htm [Consultado em 19 de janeiro de 2010]

OPSS (2009) *10/30 anos: Razões para continuar*. Relatório de Primavera 2009. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/eventos/relatorio.htm> [Consultado em 10 de setembro de 2010]

OPSS (2011) *Da depressão da crise para a governação prospectiva da Saúde*. Relatório de Primavera 2011. Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2011> [Consultado em 1 de julho de 2012]

OPSS (2012) *Crise & Saúde: um país em sofrimento*. Relatório de Primavera 2012. Disponível em <http://www.observaport.org/rp2012> [Consultado em 1 de setembro de 2012].

Parlamento Europeu (2000). *Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. Disponível em www.europarl.europa.eu/charter [Consultado em 12 de setembro de 2010].

Pasquino, G. (2002) *Curso de Ciência Política*. Lisboa, Principia, pp. 251-280.

Pereira, L.F. (2005) *A reforma estrutural da Saúde e a visão estratégica para o futuro*.

Pereirinha, J., Nunes, F. (2006) *Política Social em Portugal e a Europa, 20 anos depois*. In Romão, A. Economia Portuguesa: 20 anos depois. Coimbra, Almedina.

Platão (1996) *A República*. 8ª edição. Porto, Fundação Calouste Gulbenkian.

Ramos, V. (1994/95). *O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de Saúde?* Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, 20-21:5-14.

Ramos, V. (2010) *Cidadania em Saúde: um modo de ver, de estar e de agir*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/03/16/opini-cid/> [Consultado em 20 de agosto de 2012]

Ramos, V., Gonçalves, C., Cerqueira, M. (2010) *Cidadania e Saúde: um caminho a percorrer*. Disponível em <http://pns.dgs.pt/2010/07/27/ae-cs/> [Consultado em 5 de outubro de 2011]

Rego, G. S. (2007) *Gestão Privada dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Sector da Saúde*. Porto. Tese de Doutoramento em Ciências Empresariais, Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Rego, G. (2008) *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos. Uma aplicação ao sector da Saúde*. Porto, Vida Económica.

Rosanvallon, P. (1981) *A Crise do Estado Providência*, Lisboa, Ed. Inquérito.

Rosanvallon, P. (1992) *Le sacre du citoyen. Histoire du suffrage universel en France*. Paris, Gallimard.

Rousseau, J.J. (1762) *The social Contract or Principles of Political Right*. Disponível em: http://socialpolicy.ucc.ie/Rousseau_contrat-social.pdf [Consultado em 1 de julho de 2012]

Russel, B. (1961) *História da Filosofia Ocidental*. Lisboa, Editorial Gleba, Lda.

Sarmiento, C.M. (2003) *Políticas Públicas e Culturas Nacionais*. Cultura. Revista de História e Teoria das Ideias. Lisboa. Centro de História da Cultura, Universidade Nova de Lisboa.

Steinberg, M.W. (1996) *The great end of all Government...: Working people construction of Citizenship claims in early nineteenth-century England and the matter of class*. In Tilly, Ch. (ed) *Citizenship, Identity and Social History*, International Review of Social History. Supplement 3, pp.19-51.

Turner, B. (1986) *Citizenship and Capitalism*. London, Allen&Unwin.

Simões, J. (2009). *Retrato Político da Saúde – dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho*. 2ª edição. Lisboa, Edições Almedina.

Simões, J. (2010). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde*. Coimbra, Edições Almedina.

Simões, J., Dias, A. (2010) *Gestão da Saúde e Despesa Pública*. A Reforma do Sector da Saúde. Coimbra, Almedina. pp.81-100.

Tilly, Ch. (1996a) *Citizenship, Identity and Social History*. In Tilly, Ch. (ed.): *Citizenship and Social History*, International Review of Social History. Supplement 3, pp:1-19.

Tilly, Ch. (1996b) *The emergency of citizenship in France and elsewhere*. In Tilly, Ch. (ed). *Citizenship, Identity and Social History*. International Review of Social History. Supplement 3, oo. 223-235.

WHO/UNICEF (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [Consultado em 1 de setembro de 2010]

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, Nov1986 - WHO/HPR/HEP/95.1 Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [Consultado em 8 de setembro de 2010]

WHO (1996). *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*, Ljubljana Conference, 1996. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996> [Consultado em 8 de setembro de 2010]

WHO (1998) *Health Promotion Glossary* Disponível em: www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf [Consultado em 8 de setembro de 2010]

WHO/Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf [Consultado em 9 de setembro de 2010]

WHO (2009) *The European Health Report 2009: Health and health systems*
Disponível em www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf
[Consultado em 10 de setembro de 2010]

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

Acórdão nº39/84 do Tribunal Constitucional, de 11 de abril. Lisboa. D.R. I Série. 104:1455-1468.

Constituição da República Portuguesa – II Revisão Constitucional. 1989. Lei Constitucional nº 1/89, de 8 de julho. Lisboa. D.R. I Série. 155:2734(2)-2734(68).

Declaração de Rectificação nº 42/93, de 31 de março. 1993. Lisboa. D.R. I Série. 76:1608(39).

Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho. 1982. Lisboa. D.R. I Série. 147:1897-1900.

Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro. 1993. Lisboa. D.R. I Série. 12:129-134.

Decreto-Lei nº 401/98, de 17 de dezembro. 1998. Lisboa. D.R. I Série. 290:6898-6899.

Decreto-Lei nº 68/2000, de 26 de abril. 2000. Lisboa. D.R. I Série. 97: 1728-1729.

Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. 2002. Lisboa. D.R. I Série. 191:5852-5858.

Lei nº 27/2002, de 8 de novembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série. 258:7150-7154.

Decreto-Lei nº 272/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série. 284:7570-7577.

Decreto-Lei nº 273/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série. 258:7577-7585.

Decreto-Lei nº 274/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série. 258:7585-7592.

Decreto-Lei nº 275/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7592-7600.

Decreto-Lei nº 276/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7600-7607.

Decreto-Lei nº 277/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7607-7615.

Decreto-Lei nº 278/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7615-7623.

Decreto-Lei nº 279/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7623-7630.

Decreto-Lei nº 280/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7630-7638.

Decreto-Lei nº 281/2002, de 9 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
258:7638-7645.

Decreto-Lei nº 282/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7648-7655.

Decreto-Lei nº 283/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7655-7663.

Decreto-Lei nº 284/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7663-7670.

Decreto-Lei nº 285/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7670-7678.

Decreto-Lei nº 286/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7678-7685.

Decreto-Lei nº 287/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7685-7693.

Decreto-Lei nº 288/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7693-7701.

Decreto-Lei nº 289/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7701-7708.

Decreto-Lei nº 290/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7708-7716.

Decreto-Lei nº 291/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7716-7724.

Decreto-Lei nº 292/2002, de 10 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
285:7724-7731.

Decreto-Lei nº 293/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7734-7741.

Decreto-Lei nº 294/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7741-7749.

Decreto-Lei nº 295/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7749-7756.

Decreto-Lei nº 296/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7756-7764.

Decreto-Lei nº 297/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7764-7771.

Decreto-Lei nº 298/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7771-7779.

Decreto-Lei nº 299/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7779-7786.

Decreto-Lei nº 300/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7786-7794.

Decreto-Lei nº 301/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7794-7802.

Decreto-Lei nº 302/2002, de 11 de dezembro. 2002. Lisboa. D.R. I Série.
286:7802-7809.

Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de abril. 2003. Lisboa. D.R. I Série. 297:2682-2686.

Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro. 2003. Lisboa. D.R. I Série. 284:8329-8338.

Decreto-Lei nº 223/2004, de 3 de dezembro. 2004. Lisboa. D.R. I Série. 283:6962-6963.

Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho. 2005. Lisboa. D.R. I Série. 109:3636-3637.

Decreto-Lei nº 141/2006, de 27 de julho. 2006. Lisboa. D.R. I Série. 144:5344-5356.

Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de maio. 2007. Lisboa. D.R. I Série. 103:3519-3523.

Decreto-Lei nº 276-A/2007, de 31 de julho. 2007. Lisboa. D.R. I Série. 146:4902(2)-4902(3).

Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio. Lisboa. D.R. I Série. 102:3321-3331.

Lei nº 56/79 de 15 de setembro. 1979. Lisboa. D.R. I Série. 214:2357-2363.

Lei nº 48/90, de 24 de agosto. 1990. Lisboa. D.R. I Série. 195:3452-3459.

Lei nº 41/2007, de 24 de agosto. 2007. Lisboa. D.R. I Série. 163:5664-5665.

Portaria nº 38/2006, de 6 de janeiro. 2006. Lisboa. D.R. I Série. 5:154-156.

Portaria nº 639/2006, de 23 de junho. 2006. Lisboa. D.R. I Série. 120:4512-4513.